

## 栃木県高次脳機能障害ピアサポーター派遣事業利用報告書

実施日時	年 月 日 : ~ :	
行事や催し等の名称		
会場		
ピアサポーター氏名		
担当者		
参加者数	名	
参加者の立場について	親： 名、配偶者： 名、子： 名、きょうだい： 名 そのほか： 名	
介護対象者の年代	10代 名、20代 名、30代 名、40代 名 50代 名、60代 名、70代以上 名 そのほか（ ）	
ピアサポーターの活動内容 (実施した内容に○をつけてください。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参加者の体験や悩みの傾聴</li> <li>・ピアサポーター自身の体験の紹介</li> <li>・地域の支援機関等の紹介</li> <li>・そのほか（ ）</li> </ul>	
主な相談内容		
参加者の様子		
感想等(自由記載)		

※活動終了後、2週間後を目途に、障害者総合相談所宛てメールまたは郵送にてご提出ください。