

障害児支援利用計画案(セルフプラン)

【新規・継続】

- セルフプランを希望する
 その他()

1. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	歳
保護者氏名(続柄)	()	住所			
		電話番号	—	—	

相談支援事業者等との関わり	あり (事業所名)	担当者名	なし
---------------	-----------	------	----

現在の生活で困っていることや希望していること、または、サービス利用することで支援してほしいことなど	<input type="checkbox"/> コミュニケーションが苦手である <input type="checkbox"/> 自分の意思を伝えるのが苦手である <input type="checkbox"/> 感情のコントロールがうまくできない <input type="checkbox"/> パニックを起こしやすい <input type="checkbox"/> じつとしていることが苦手 <input type="checkbox"/> 暴れてしまうことがある <input type="checkbox"/> 入浴や排せつを手伝ってほしい <input type="checkbox"/> その他自由記載
---	---

あなたが願う暮らし(将来の大きな目標)	<input type="checkbox"/> コミュニケーション能力を身につけたい <input type="checkbox"/> 社会性を身につけたい <input type="checkbox"/> 生活習慣を身につけたい <input type="checkbox"/> 生活のリズムを整えたい <input type="checkbox"/> できることを増やしたい <input type="checkbox"/> その他自由記載
---------------------	--

3. 短期目標

利用したいサービス	希望するサービス量	あなたの意向や希望理由 (達成したい目標)	事業所名
<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	日々の生活活動系	
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月		
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月		
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月		
<input type="checkbox"/> 移動支援	時間/月	地域生活支援	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援	日/月		
<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護)	時間/月() 時間/回()	訪問系	
<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助)	時間/月() 時間/回()		
<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助)	時間/月		
<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等乗降介助)	かい/月		
<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月		
<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月	その他	
<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月		
<input type="checkbox"/> その他 () () ()			

4. 週間計画 (希望する生活スタイル)

備考