

## 障害児支援利用計画案(セルフプラン)

|       |                                                                                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者氏名 | 障害児通所支援を利用するにあたり、セルフプランによる申請を希望します。<br>また、セルフプランの場合、障害児相談支援事業所に依頼した場合に行われるサービス事業者との調整や定期的な計画見直し(モニタリング)が実施されないことなどについて説明を受け理解しています。 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 利用者及びその家族の生活・サービス利用に対する意向 |  |
| 長期目標                      |  |
| 短期目標                      |  |

| 優先順位 | 本人のニーズ | 支援目標 | 福祉サービス等<br>種類・内容・量(頻度・時間) | その他留意事項 |
|------|--------|------|---------------------------|---------|
| 1    |        |      |                           |         |
| 2    |        |      |                           |         |
| 3    |        |      |                           |         |
| 4    |        |      |                           |         |
| 5    |        |      |                           |         |
| 6    |        |      |                           |         |

### 障害児支援利用計画案(セルフプラン)【週間計画表】

利用者氏名

|        |          |
|--------|----------|
| 計画開始年月 | 2017年10月 |
|--------|----------|

|       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| 6:00  |   |   |   |   |   |   |   | 週単位以外のサービス |
| 8:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 10:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 12:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 14:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 16:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 18:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 20:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 22:00 |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 0:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 2:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |
| 4:00  |   |   |   |   |   |   |   |            |

## 障害児支援利用計画案(セルフプラン)

|                        |                                     |      |                            |                              |       |
|------------------------|-------------------------------------|------|----------------------------|------------------------------|-------|
| 氏 名                    |                                     | 生年月日 |                            | 年 齢                          |       |
| 住 所                    |                                     |      |                            | 電話番号                         |       |
|                        | [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他( )] |      |                            | 性別                           | 男 ・ 女 |
| 障害または疾患名               |                                     |      |                            | 障害支援区分                       |       |
| 家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 |                                     |      | 社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割) |                              |       |
|                        |                                     |      |                            |                              |       |
| 生活歴 ※受診歴、職歴等含む         |                                     |      |                            | 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 |       |
|                        |                                     |      |                            |                              |       |
| 生活する上で困っていること          |                                     |      |                            |                              |       |

### 支援の状況

|           | 名称 | 提供機関・提供者 | 支援内容 | 頻度 | 備考 |
|-----------|----|----------|------|----|----|
| 現在受けている支援 |    |          |      |    |    |

## 申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

|       |  |        |  |          |  |
|-------|--|--------|--|----------|--|
| 利用者氏名 |  | 障害程度区分 |  | 相談支援事業者名 |  |
|       |  |        |  | 計画作成担当者  |  |

|       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|------------|
| 6:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 8:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 10:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 12:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 14:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 16:00 |   |   |   |   |   |   |     | 週単位以外のサービス |
| 18:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 20:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 22:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 0:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 2:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 4:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |