

障がい児用セルフプラン

1. 利用者の状況

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------|---|--------|-----|
| 氏名 | | 生年月日 | | 年齢 | |
| 住所 | 〒 _____ | | | 電話・FAX | |
| | 持家・借家・グループホーム・入所施設 医療機関・その他() | | | | |
| 障害または疾患名 | | 障害支援区分 | 無・1・2・3・4・5・6 | 性別 | 男・女 |
| <家族構成> 独居・同居家族有・別居家族有 同居家族：配偶者・父・母・兄・弟・姉・妹 他() 別居家族：配偶者・父・母・兄・弟・姉・妹 他() | | | <通園・通学先> () 幼稚園・保育園 () 小学校 通学中・卒 () 中学校 通学中・卒 () 高等学校 通学中 普通学級・通級指導教室・特別支援学級 () 特別支援学校 通学中 | | |
| | | | | | |
| 利用中のサービス種類 | 内容・量 | 利用事業者名 | | 備考 | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2. 本人・家族の意向・希望

| | | | |
|---------------------------|------|----------|------------|
| ①現在困っていること | | | |
| | | | |
| ②どのような生活を送りたいか(目標・希望) | | | |
| | | | |
| ③②のために、支援してほしいこと | | | |
| | | | |
| ④利用したいサービスについて | | | |
| サービスの種類 | 内容・量 | 利用予定事業者名 | 目標・希望の達成時期 |
| | | | 継続・() |
| | | | 継続・() |
| ⑤サービス利用の際に心配なこと・配慮してほしいこと | | | |
| | | | |