

障がい児用セルフプラン

記入例

1. 利用者の状況

氏名	児童氏名	生年月日	H●年●●月●日	年齢	▲才
住所	〒 松伏町●●△△-△			電話・FAX	●●-△△
	<input checked="" type="checkbox"/> 持家・借家・グループホーム・入所施設 <input type="checkbox"/> 医療機関・その他()				
障害または疾患名	自閉スペクトラム症	障害支援区分	<input checked="" type="checkbox"/> 無・1・2・3・4・5・6	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 父・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 (松伏) 小学校 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
<医療の状況> 通院：無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 服薬： <input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (医療機関名) ●●病院 回/週・月・年 回/週・月・年					
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			
落ち着きがなく困っている。意思表示が苦手で、気持ちをうまく伝えることができない。			
②どのような生活を送りたいか(目標・希望)			
気持ちのコントロールができるようになってほしい。			
③②のために、支援してほしいこと			
できるように練習してほしい。特に感情のコントロールの仕方を身につけてほしい。			
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
放課後等デイサービス	●日/月	●日/月	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			
人との関わりが苦手なので、時間をかけて慣れさせてほしい。			