

# セルフプラン ※裏面も記載してください。

児童氏名		保護者氏名		続柄		セルフプラン作成者		続柄	
住所	〒						連絡先		
生年月日 (児童)	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			

## 1. 現在の状況

<b>【児童の心身の状態】</b> ★手帳あり <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉 <input type="checkbox"/> 手帳なし ★障がい又は疾患名 <input type="checkbox"/> 体調はよい <input type="checkbox"/> 体調で気がかりなことがある <input type="checkbox"/> 別紙「障害児通所支援調査票」を添付します。				<b>【一緒に暮らしている家族の状態】</b>				
	児童との続柄	年齢	健康状態	就労	備考			
			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
<b>【児童の生活の様子】</b> ★家庭での様子 <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 気がかりなことがある ★保育園、幼稚園、学校などの集団生活での様子 <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 気がかりなことがある				<b>【生活で改善・解決したいこと】</b> <input type="checkbox"/> 現状のままでよい <input type="checkbox"/> 気がかりなことがある				
<b>【児童(本人)の生活に対する意向】</b>				<b>【家族などの生活に対する意向】</b>				

## 【通所支援等を利用してめざしたい生活の姿】(希望する援助のあり方)

【長期の目標】

【当面の目標】

児童(保護者)の希望・ニーズ	通所支援・その他の社会資源等				
	種類	援助内容	サービス提供事業所	支給量	留意事項
	通所支援			□月 日	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問				
	通所支援			□月 日	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問				

## ☆モニタリング

面接日	年 月 日	面接場所	市役所・その他( )	面接者
面接内容等				
関係機関 事業所名		聴取した 内容		
関係機関 事業所名		聴取した 内容		
関係機関 事業所名		聴取した 内容		

## ◎ 評価

	次回モニタリング時期
	12か月後( 年 月 日)

◎週間ケア計画

	月	火	水	木	金	土	日	備考
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								

◎月間ケア計画 ※週間ケア計画に記載できないものを記入

	月	火	水	木	金	土	日	週・月単位以外のサービス
1								
2								
3								
4								
5								