

# セルフプラン

作成日 年 月 日

1枚目

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

<p><b>【児童の心身の状態】</b></p> <p>★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</p> <p>★障害又は疾患名</p> <p><input type="checkbox"/> 体調はよい</p> <p><input type="checkbox"/> 体調で気がかりなことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 別紙「障害児通所支援調査票」を添付します。</p>	<p><b>【一緒に暮らしている家族の状態】</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>児童との続柄</th> <th>年齢</th> <th>健康状態</th> <th>就労</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない ( )</td> <td><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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	
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																																						
<p><b>【児童の生活の様子】</b></p> <p>★家庭での様子</p> <p><input type="checkbox"/> 安定している</p> <p><input type="checkbox"/> 気がかりなことがある</p> <p>★保育園、幼稚園、学校などの集団生活での様子</p> <p><input type="checkbox"/> 安定している</p> <p><input type="checkbox"/> 気がかりなことがある</p>	<p><b>【生活で改善・解決したいこと】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 現状のままでよい</p> <p><input type="checkbox"/> 気がかりなことがある</p>																																								
<p><b>【児童(本人)の生活に対する意向】</b></p>	<p><b>【家族などの生活に対する意向】</b></p>																																								

奈良市受領日

年 月 日

担当者

## 【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】 (おおむね1年後の目標)

【当面の目標】 (おおむね半年後の目標)

児童(保護者)の希望・ニーズ		通所支援種類	援助内容	サービス提供事業所	支給量	留意事項
1		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			1か月 日	
2		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			1か月 日	

## ☆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

3枚目

	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								