記載例 QR コード

【浦安市】障害児支援利用計画案（セルフプラン）

児童氏名		計画作成日	年　月　日
生年月日	年　月　日（　歳）	連絡先	
住　所	浦安市		
通園・通学先			
計画作成者	（続柄　）	計画作成補助者	（続柄　）

手帳などの状況（あてはまるものに○）

	身体障害者手帳（等級　級）
	療育手帳（程度　）
	精神障害者保健福祉手帳（等級　級）
	自立支援医療（精神通院）
	小児慢性特定疾病医療受給者証
	診断あり（診断名　）
	特別支援学校または支援学級在籍
	浦安市こども発達センター利用中
	その他：

家族の状況（本人以外を記載）

氏　名	続柄	年齢	同・別居
			同・別
			同・別
			同・別
			同・別
			同・別

備考：

医療の状況

疾患名		過去の受診歴・現在の健康状態
医療機関		
主治医		
通院頻度		
服薬状況		

生活歴	利用サービス・関係機関の状況

希望する生活と目標・サービス

こうありたいと思う暮らし	
困っていること	

サービスの種類（希望するものに○）			支給量	障害福祉サービス等を利用して実現したいこと
日中活動系		児童発達支援	月　　日	
		居宅訪問型児童発達支援	月　　日	
		医療型児童発達支援	月　　日	
		放課後等デイサービス	月　　日	
		保育所等訪問支援	月　　日	
訪問系		居宅　身体介護	月　時間・1回　時間	
		居宅　家事援助	月　時間・1回　時間	
		通院等介助	月　時間・1回　時間	
		行動援護	月　　時間	
		同行援護	月　　時間	
その他		短期入所	月　　日	

週間ケア計画（簡潔に記載してください）

	月	火	水	木	金	土	日	サービス提供事業所名
午前								
午後								