

【浦安市】サービス等利用計画案(セルフプラン)

氏 名		計画作成日	年 月 日	
生年月日		連絡先		
住 所	浦安市			
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○)		家族の状況 (本人以外を記載)		
	身体障害者手帳(等級 級)	氏 名	続柄	年 齢
	療育手帳(程度)			同・別居
	精神障害者保健福祉手帳(等級 級)			同・別
	自立支援医療(精神通院)			同・別
	特定医療費(指定難病)受給者証			同・別
	診断あり(診断名)			同・別
	障害支援区分(1・2・3・4・5・6)	備考:		
	その他:			
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		
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		
		重度訪問介護	月	時間			
自立生活の援助		自立生活援助	当該月の日数				
		就労定着支援	当該月の日数				
		地域(移行・定着)支援	当該月の日数				
日中活動系		生活介護	週	日			
		就労継続支援(A型・B型)	週	日			
		就労移行支援	週	日			
		自立訓練(機能・生活)	週	日			
居住系		短期入所	月	日			
		共同生活援助(グループホーム)	当該月の日数				
		宿泊型自立訓練	当該月の日数				
		施設入所支援	当該月の日数				
		療養介護	当該月の日数				
外出の支援		同行援護	月	時間			
		行動援護	月	時間			
		通院等介助	月	時間・1回			
その他							

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								