

## 【浦安市】障害児支援利用計画案(セルフプラン)

<b>児童氏名</b>		<b>計画作成日</b>	年 月 日	
<b>生年月日</b>	年 月 日( 歳 )	<b>連絡先</b>		
<b>住 所</b>	浦安市			
<b>通園・通学先</b>				
<b>計画作成者</b>	( 続柄 )	<b>計画作成補助者</b>	( 続柄 )	
<b>手帳などの状況 (あてはまるものに○)</b>		<b>家族の状況 (本人以外を記載)</b>		
	身体障害者手帳(等級 級)	氏 名	続柄	年齢 同・別居
	療育手帳(程度 )			同・別
	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
	小児慢性特定疾病医療受給者証			同・別
	診断あり(診断名 )			同・別
	特別支援学校または支援学級在籍	備考:		
	浦安市こども発達センター利用中			
	その他:			
<b>医療の状況</b>				
<b>疾患名</b>		<b>過去の受診歴・現在の健康状態</b>		
<b>医療機関</b>				
<b>主治医</b>				
<b>通院頻度</b>				
<b>服薬状況</b>				
<b>生活歴</b>		<b>利用サービス・関係機関の状況</b>		

