

【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○)		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
	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:			
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								