記載例 QR コード

【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○）

	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）
	特定医療費（指定難病）受給者証
	診断あり（診断名　　）
	障害支援区分（1・2・3・4・5・6）
	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
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	
		就労選択支援	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　時間	
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								