

障がい児用セルフプラン

1. 利用者の状況

氏・名		生年月日		年 齢	
住 所	〒 _____				
	持家・借家・グループホーム・入所施設 医療機関・その他（ _____ ）			電話・FAX	
障害または 疾患名		障害支援 区分	無・1・2・3・4・5・6	性 別	男 ・ 女
<家族構成> 独居 ・ 同居家族有 ・ 別居家族有 同居家族：配偶者・父・母・兄・弟・姉・妹 他（ _____ ） 別居家族：配偶者・父・母・兄・弟・姉・妹 他（ _____ ）			<通園・通学先> （ _____ ） 幼稚園・保育園 （ _____ ） 小学校 通学中 ・ 卒 （ _____ ） 中学校 通学中 ・ 卒 （ _____ ） 高等学校 通学中 普通学級 ・ 通級指導教室 ・ 特別支援学級 （ _____ ） 特別支援学校 通学中		
<医療の状況> 通院： 無 ・ 有 服薬： 無 ・ 有 （医療機関名） 回/ 週・月・年 回/ 週・月・年					
利用中のサービス種類	内容・量	利用事業者名		備考	

2. 本人・家族の意向・希望

①現在困っていること			
②どのような生活を送りたいか（目標・希望）			
③②のために、支援してほしいこと			
④利用したいサービスについて			
サービスの種類	内容・量	利用予定事業者名	目標・希望の達成時期
			継続・（ _____ ）
			継続・（ _____ ）
⑤サービス利用の際に心配なこと・配慮してほしいこと			