

# 障がい者用セルフプラン

## 1. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所	〒			電話・FAX	
	持家・借家・グループホーム・入所施設 医療機関・その他（ ）				
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（ ）			<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 回/週・月・年 入院歴：無・有 最終入院歴： 病院 科 ~		
<生活歴> 最終学歴：（ ） 卒・中退・在学中 就労の経験：無・有（ ）					
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			