

サービス等利用計画・子ども支援計画案（セルフプラン①）

プラン作成者	
名前	続柄

作成日 ☆ 令和 年 月 日

児童について						保護者について	
なまえ	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	性別	父	母
お住まいについて							
住所	〒			電話番号	メールアドレス		
児童の状況について							
手帳の取得状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級 種） <input type="checkbox"/> 療育手帳（A1・A2・B1・B2） <input type="checkbox"/> 手帳なし（ <input type="checkbox"/> 判定のみ IQ 程度）			再判定時期（ 年 月）	診断名 または 疾患名		

♪①生活していく上で『希望すること』『目標とすること』『困っていること』を、思いつくままに記入してください。複数ある場合は、重要とする順に番号を付けてください。

番号	

♪左記の内容を踏まえて、今後、利用したいと思うサービスに印を付けてください。

日中の生活	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	/週・月
在宅生活	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介助 通院等乗降介助・通院介助） <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護	/週・月
相談支援	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	
地域生活	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援	/週・月
	<input type="checkbox"/> 幼稚園（プレ保育含む） <input type="checkbox"/> 保育所（ファミリーサポート含む） <input type="checkbox"/> 子育て支援 <input type="checkbox"/> 育児サークル <input type="checkbox"/> 習い事（ ） <input type="checkbox"/> 医療リハビリテーション（訪問リハ・訪問看護含む） <input type="checkbox"/> 言葉の教室（小谷小学校） <input type="checkbox"/> その他（ ）	/週・月

♪利用回数

♪左記のサービスを利用する上での目標や達成時期、内容などを記入してください。

--