

サービス等利用計画(セルフプラン)

作成者 氏名欄	本人との関係 ()
------------	------------

ふりがな	としま はなこ	生年月日	昭和平成 42 年 10 月 9 日	連絡先電話番号	000 - 9999 - 9999
利用者氏名(児童氏名)	豊島 花子				
受給者証番号		障害支援区分	なし <input checked="" type="radio"/> あり (1・2 <input checked="" type="radio"/> 3・4・5・6)	計画作成日	平成 年 月 日

① 希望する生活 (困っていることも 記入してください)	親元を離れて生活している。部分的に援助が必要である。
② 希望する生活を送るための目標	一人暮らしをして、自立した生活を送りたい。

③ 希望する生活をおこなうために、何をしたいか(課題)	④ 希望する生活のために、何が必要か(目標)	いつまでに(目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
・ 自宅で風呂に入りたい。	・ 週に2回の入浴の介助。	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input checked="" type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 掃除をお願いしたい。着替えはどうかできるが、洗濯物を干すことができない。	・ 部屋の掃除と洗濯をして欲しい。	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 店屋物・宅配以外の食事がしたい。	・ 簡単な買い物はできるが、その他の食材等の買い物を週1回お願いしたい。 ・ 自分で調理ができるようになる。	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 ()
・ ベランダの植木の手入れが好きだ。	・ 鉢植えの植木の手入れと水やりを日課としたい。	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input checked="" type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他 ()

⑤ 利用を希望する福祉サービス等							
訪問系のサービス	頻度・時間	日中活動系のサービス	頻度・時間	障害児通所系のサービス	頻度・時間	居住系のサービス	頻度・時間
<input checked="" 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"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> その他()	週3回 1時間ずつ	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能) <input type="checkbox"/> その他()		<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"/> その他()		<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他()	

⑥ 配慮して欲しいこと	車いすではあるが、移乗や着替えはどうかできる。できない部分の援助をお願いしたい。	その他のサービス等	(今後受けたいサービス、現在受けているサービス等を記入) 補装具(長下肢装具)
-------------	--	-----------	--

※ 利用できるサービスを決定するための資料になりますので、できるだけ詳しくご記入下さい。

裏へ →

サービス等利用計画(セルフプラン)【週間計画表】

※記入が難しい場合は、ご相談ください

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 (受診予定や地域活動も記入してください)
6:00								・自宅にて仕事 (パソコンで、資料作成) ・ブログの更新 ・月2回 通院 ・月1回 コンサートや映画 に外出する。
8:00								
10:00	自宅にて仕事							
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

入浴
洗濯

入浴
洗濯

掃除
買い物

※ サービスの種類や支給量は、この計画案のほか、障害支援区分や障害福祉課・保健所等での聞き取りの内容をふまえ、支給基準時間をもとに決定されます。また、他の様式にかえて提出することもできます。

区確認日	
------	--