

ちがさきししょうがいじしえんりようけいかくあん
茅ヶ崎市障害児支援利用計画案(セルフプラン) 平成30年4月作成

利用者氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日	作成補助者署名	印
保護者氏名	続柄	計画作成日	平成 年 月 日	保護者同意署名	印
所属先(学校等)		受給者番号			↑

※自署の場合のみ押印不要

<p>1. 現在の生活状況と困っていることについて</p> <p>現在の生活状況:</p> <p>困っていることや改善したいこと:</p>	<p>2. 将来希望する生活について(長期目標)</p> <p><input type="checkbox"/> お友達と上手にかかわりたい <input type="checkbox"/> 安定した集団生活を送りたい <input type="checkbox"/> 生活のリズムをつくりたい</p> <p><input type="checkbox"/> 生活習慣を身につけたい <input type="checkbox"/> 自分の思いを伝えられるようになりたい <input type="checkbox"/> 社会性を身につけたい</p> <p><input type="checkbox"/> 生活のしずらさを軽減させたい <input type="checkbox"/> 行動を整えたい <input type="checkbox"/> できる事を増やしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 医療的ケアをうけたい <input type="checkbox"/> 家族の用事の時間をつくりたい <input type="checkbox"/> 保育所等に楽しく通いたい</p> <p><input type="checkbox"/> 放課後過ごす場所がほしい</p> <p>その他具体的に:</p>
---	--

3. これから利用したい支援		支援内容	(利用時間または回数)
在宅支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護)	利用を希望する理由・内容:	回数 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助)		回数 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助)		回数 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等乗降介助)		月 回
	<input type="checkbox"/> 同行援護		回数 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 短期入所		月 日
日中活動	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	利用を希望する理由・内容:	月 日
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		月 日
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援		月 日
<input type="checkbox"/> その他()		利用を希望する理由・内容:	月 日