

【セルフプラン週間計画表】

氏名		障害支援区分		計画開始年月	令和〇年〇月	記載例
----	--	--------	--	--------	--------	------------

	月	火	水	木	金	土	日	利用している事業所名
6:00								居宅介護（家事援助） 「△△居宅介護事業所」 15時間/月 就労継続支援B型 「××就労継続支援事業所」 当該月日数-8日
8:00	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	起床 朝食	
10:00								
12:00						昼食	昼食	
14:00	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型	就労継続支援B型			
16:00								週単位以外のサービス
18:00	居宅介護（家事援助） 夕食	居宅介護（家事援助） 夕食	居宅介護（家事援助） 夕食	居宅介護（家事援助） 夕食	居宅介護（家事援助） 夕食	夕食	夕食	
20:00								
22:00								
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
2:00								
4:00								

セルフプランの作成	①セルフプランを作成している理由を教えてください	②今後、計画相談の利用を希望しますか
	<input type="checkbox"/> 「計画相談」※を知らなかった <input type="checkbox"/> 事業所に計画相談をお願いしたが断られた <input type="checkbox"/> 計画相談を利用していたがセルフプランに切り替えた ※「計画相談」とは、専門の相談員が障害福祉サービス全体をマネジメントするサービスです	<input type="checkbox"/> 身近な地域に事業所がない <input type="checkbox"/> セルフプランを希望した <input type="checkbox"/> その他（ ）

希望する →パンフレットお渡し
 希望しない