

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

記載例

フリガナ 利用者氏名	カシワ タロウ 柏 太郎	生 年 月 日	昭和48年1月1日(44歳)		
住 所	柏市柏5-10-1				
受給者証番号	1 2 2 1 7	障害支援区分	なし・1・2・3・4・5・6 有効期限： 年 月 日		
申請区分	新規・継続・変更	作成者	本人・他()		
		作成補助者	東葛次郎 (続柄：施設職員)		
手帳などの状況(あてはまるものに○)		家族の状況(本人以外)			
	身体障害者手帳(級)	氏 名	続柄	年齢	同・別居
	療育手帳(等級)	柏 一郎	父	70	同・別
○	精神障害者保健福祉手帳(2級)	柏 二美	母	69	同・別
○	自立支援医療(精神通院)	柏 三郎	兄	47	同・別
○	障害年金(2級)				同・別
	指定難病受給者証				同・別
	生活保護	備考：母親は要介護2で介護保険のデイサービスを利用している。			
	その他：				
医 療 の 状 況					
診 断 名	統合失調症	過去の受診歴・現在の健康状態			
医療機関	△△クリニック	・H24年10月からH25年1月まで統合失調症により▲▲病院に入院。			
主治医	○○ ○○医師	・現在は症状は落ち着き、通院・服薬安定している。			
通院頻度	2週に1回(月曜午前)	・内科疾患はなく身体面は健康。			
服薬状況	ジプレキサ (1日2回：朝、夕)				
生活歴(学歴・職歴含む) 現在の日中活動		利用サービス・支援の状況(相談・福祉サービス・補装具・訪問看護・精神科デイケア等)			
<ul style="list-style-type: none"> ・H3年、**高等学校卒業 ・H7年、**大学卒業 ・同年、株式会社●●に入社 ・H15年、統合失調症発症 ・H16年、株式会社●●を退社 以後アルバイトで調理関係(3か月程度)、警備会社(6か月程度)で就労。		<ul style="list-style-type: none"> ・△△クリニックの精神科デイケアに週2回通所している。 			

セルフプランは本人控えとサービス提供事業所への提出用に必ず写しを取って下さい。

□希望する生活と目標・サービス

希望する生活・目標		<ul style="list-style-type: none"> ・一般就労して自立したい。 ・お金を貯めて、将来一人暮らしをしたい。 		
サービスの種類(希望するものに○) 日数・時間数		サービス利用により望む生活 達成時期・利用頻度・事業者・施設 事業者や施設に配慮してほしいこと		
在宅	身体介護	月	時間	
	家事援助	月	時間	
	訪問入浴サービス	月	日	
	通院等介助	月	時間	
	通院等乗降介助	月	回	
	重度訪問介護	月	時間	
	行動援護	月	時間	
	同行援護	月	時間	
	移動支援	月	時間	
	短期入所	月	日	
	日中一時支援	月	日	
	地域定着支援	月	日	
自立生活援助	月	日		
日中活動	生活介護	月	日	<u>利用事業所名を記入</u> <ul style="list-style-type: none"> ・就労移行支援を利用して就職に向けてのトレーニングを受ける。 ・1年後には就職する。 ・■■就労支援センター ・音に敏感なので、静かな環境でトレーニングを受けたい。
	自立訓練	月	日	
	○ 就労移行支援	月	20日	
	就労継続支援A型	月	日	
	就労継続支援B型	月	日	
	就労定着支援	月	日	
	地域活動支援センター	月	日	
	児童発達支援	月	日	
	医療型児童発達支援	月	日	
	放課後等デイサービス	月	日	
保育所等訪問支援	月	日		
居住	療養介護	月	日	
	施設入所支援	月	日	
	共同生活援助(グループホーム)	月	日	
	宿泊型自立訓練	月	日	
	地域移行支援	月	日	