児童利用支援計画（セルフプラン）

①＜基本情報＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 歳 |
| 児童(本人)氏名 |  | 住所 | 世田谷区 |
| ふりがな |  | 連絡先 | （　　　） | 続柄 |
| 作成者･保護者氏名 |  | 日中連絡先 | （　　　） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| セルフプラン提出にあたっての同意事項 | 確認　□ |
| 私は、児童通所支援等を受給するにあたって勘案される「児童支援利用計画（案）」について、相談支援事業者に依頼するのではなく、自ら作成する計画案、（セルフプラン）による提出を希望します。私は、セルフプランの場合、相談支援事業者に依頼した場合に行われるサービス事業者との調整や定期的な計画の見直し（モニタリング）が実施されないことなどについて説明を受け、理解しています。 |

|  |
| --- |
| 保健福祉課担当 |
|  |
| 保健福祉課受理日 |
|  |

②本人・家族の情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人(自分)の生活リズム |  | 家族構成と保護者の就労状況 |
| 起床：（　　　時　　　分）　　　就寝：（　　　時　　　分）気になる点：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 家族構成：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）就労状況：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者による、家庭内での介護や兄弟姉妹の育児など |  | 本人(自分)の日中や夕方の活動 |
| 介護：あり（　　　　）・なし兄弟姉妹の育児：あり（　　　　）・なしその他の状況：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 通園・学校：あり（　　　　　　　　　　　　 　　　　）・なしそれ以外（習い事など）：あり（　　　　　　　　　）・なし |

③-１　本人(自分)の理解のために（複数回答可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身辺の自立や健康面で気になること |  | お友達や学校のこと |
| * 好きな物を食べすぎる・好き嫌いが多い
* 一人で身の回りのことができない・不器用
* 夜眠れない・寝てもすぐ起きてしまう
* （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 | * 人の名前や顔が覚えられない
* 一人で遊んでいることが多い
* 周りの人が何を言っているのか分からない
* （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦手なこと・困っていること |  | 大人になったら(希望する将来の生活) |
| * じっとしていられない・長時間座っていられない
* 思っていることをうまく言葉で伝えられない
* たくさんの人がいるところが苦手
* （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 | * 色々なことを一人で出来るようになりたい
* 色々な人とたくさん話がしたい
* 好きなことをずっと続けていきたい
* （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

③-２＜本人(自分)の考え＞（不明の場合は空欄可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大切にしていること |  | 本人が好きなこと・得意なこと(趣味・特技)　 |
|  |  |

③-３＜本人に関する保護者の考え＞

裏面あり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大切にしていること |  | 本人が好きなこと・得意なこと(趣味・特技)　 |
|  |  |

④☆希望すること・必要なこと

|  |  |
| --- | --- |
| 自由記載 |  |

⑤目標

|  |  |
| --- | --- |
| 自由記載 | (これから1年間でめざすこと、こうありたいと思うこと) |

⑥＜週間計画＞

⑦＜希望するサービス＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【日中活動系】 |  |  | 【居宅介護系】 |  |
| サービス種類 | 回数・時間　 |  | サービス種類 | 回数・時間　 |
| □児童発達支援 | 日/月 |  | □身体介護 | 時間/月 |
| □居宅訪問型児童発達支援 | 日/月 |  | □家事援助 | 時間/月 |
| □医療型児童発達支援 | 日/月 |  | □通院等介助 | 時間/月 |
| □放課後等デイサービス | 日/月 |  | □行動援護 | 時間/月 |
| □保育所等訪問支援 | 日/月 |  | □移動支援 | 時間/月 |
| 【その他】 |  |  | 【その他】 |  |
| □短期入所 | 日/月 |  |  |  |
| □日中一時支援 | 日/月 |  |  |  |