

# 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	( )	

<b>セルフプラン提出にあたっての同意事項</b>	確認 <input type="checkbox"/>
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。	
<b>セルフプランを利用する理由（1つだけ選択してください。）</b>	
<input type="checkbox"/> 利用する福祉サービス等は自分で決めたいため	<input type="checkbox"/> 計画相談支援を利用しなくても相談できる人がいるため
<input type="checkbox"/> 身近な地域に指定障害児相談支援事業者がないため	<input type="checkbox"/> その他 ( )

保健福祉課担当	保健福祉課受理日

## ②本人・家族の情報

<b>本人(自分)の生活リズム</b>	<b>家族構成と保護者の就労状況</b>
起床:( )時( )分 就寝:( )時( )分 気になる点:( )	家族構成:( ) 就労状況:( )
<b>保護者による、家庭内での介護や兄弟姉妹の育児など</b>	<b>本人(自分)の日中や夕方の活動</b>
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)

<b>身の自立や健康面で気になること</b>	<b>お友達や学校のこと</b>
<input type="checkbox"/> 好きな物を食べすぎる・好き嫌いが多い <input type="checkbox"/> 一人で身の回りのことができない・不器用 <input type="checkbox"/> 夜眠れない・寝てもすぐ起きてしまう <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 人の名前や顔が覚えられない <input type="checkbox"/> 一人で遊んでいることが多い <input type="checkbox"/> 周りの人が何を言っているのか分からない <input type="checkbox"/> ( )
<b>苦手なこと・困っていること</b>	<b>大人になったら(希望する将来の生活)</b>
<input type="checkbox"/> じっとしてられない・長時間座ってられない <input type="checkbox"/> 思っていることをうまく言葉で伝えられない <input type="checkbox"/> たくさんの方がいるところが苦手 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 色々なことを一人で出来るようになりたい <input type="checkbox"/> 色々な人とたくさん話がしたい <input type="checkbox"/> 好きなことをずっと続けていきたい <input type="checkbox"/> ( )

## ③-2 <本人(自分)の考え> (不明の場合は空欄可)

<b>大切にしていること</b>	<b>本人が好きなこと・得意なこと(趣味・特技)</b>

## ③-3 <本人に関する保護者の考え>

<b>大切にしていること</b>	<b>本人が好きなこと・得意なこと(趣味・特技)</b>

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>

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
9:00							
12:00							
15:00							
18:00							
21:00							
サービス提供によって実現する生活の全体像							
主な日常生活上の活動					週単位以外のサービス		

⑦ <希望するサービス>

【日中活動系】

サービス種類	回数・時間
<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/月
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月

【その他】

<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月
<input type="checkbox"/> 日中一時支援	日/月

【居宅介護系】

サービス種類	回数・時間
<input type="checkbox"/> 身体介護	時間/月
<input type="checkbox"/> 家事援助	時間/月
<input type="checkbox"/> 通院等介助	時間/月
<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月
<input type="checkbox"/> 移動支援	時間/月

【その他】

--