

記載例

【浦安市】障害児支援利用計画案(セルフプラン)

児童氏名	〇〇 〇〇	計画作成日	令和4年6月20日			
生年月日	平成29年6月1日(5歳)	連絡先	090-〇△××-〇〇■◇			
住所	浦安市猫実1-1-1-101号					
通園・通学先	◆◆◆こども園(◇◇◇組)					
計画作成者	〇〇 〇〇(続柄 母)	計画作成補助者	なし(続柄)			
手帳などの状況(あてはまるものに○)			家族の状況(本人以外を記載)			
	身体障害者手帳(等級 級)		氏名	続柄	年齢	同・別居
	療育手帳(程度)		〇〇 〇〇	父	35	同・別
	精神障害者保健福祉手帳(等級 級)		〇〇 〇〇	母	35	同・別
	自立支援医療(精神通院)		〇〇 〇〇	兄	8	同・別
	小児慢性特定疾病医療受給者証		〇〇 〇〇	祖父	70	同・別
	診断あり(診断名)					同・別
	特別支援学校または支援学級在籍		備考:父はフルタイム勤務。母は週3回パート勤務。同居の祖父は要介護1で、デイサービスを利用している。			
○	浦安市こども発達センター利用中					
	その他:					
医療の状況						
疾患名	なし	過去の受診歴・現在の健康状態				
医療機関	〇〇小児クリニック	〇〇小児クリニックは、風邪のときにかかっている、継続治療している疾患は特になし。				
主治医	◎◎先生					
通院頻度	不定期					
服薬状況	定期的に飲んでいる薬はなし。					
生活歴			利用サービス・関係機関の状況			
<ul style="list-style-type: none"> ・3歳時検診で言葉の遅れについて、担当保健師からアドバイスがあった。 ・その後、こども発達センターに相談開始。月1回の個別療育(言語)を利用中。 ・◆◆◆こども園に在籍している。 			<ul style="list-style-type: none"> ・こども発達センター □□先生が担当言語聴覚士。 ・うらうらこども園 △△先生が担任。 			

希望する生活と目標・サービス

こうありたいと思う暮らし	こども園に元気に通いながら、お友達と仲良く過ごし、再来年に控える小学校入学を目指したい。体を動かすのが好きなので、大好きな体操教室は継続していきたい。		
困っていること	言葉が出にくく、お友達や家族に自分の思いが伝わらないと、泣いてしまうことが多い。		
サービスの種類 (希望するものに○)		支給量	障害福祉サービス等を利用して 実現したいこと
日中活動系	○	児童発達支援	月 10 日
		居宅訪問型児童発達支援	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
訪問系		居宅 身体介護	月 時間・1回 時間
		居宅 家事援助	月 時間・1回 時間
		通院等介助	月 時間・1回 時間
		行動援護	月 時間
		同行援護	月 時間
その他		短期入所	月 日

療育を通じてお友達や先生方とコミュニケーションが図れるようになってほしい。

週間ケア計画(簡潔に記載してください)

	月	火	水	木	金	土	日	サービス提供事業所名
午前	● 7:30 起床 ● 8:00 朝食	同じ	同じ	同じ	同じ	同じ	同じ	
午後	◆◆◆ こども園	◆◆◆ ★ 児童発達支援	◆◆◆ こども園	◆◆◆ こども園	◆◆◆ ★ 児童発達支援	お出かけ、買い物等、家族で過ごす ※土曜は体操教室あり		
	● 10:00~ 14:00	● 11:00~ 15:00	● 10:00~ 14:00	● 10:00~ 14:00	● 11:00~ 15:00			★○○児童発達支援事業所(11:00~15:00)
	● 18:30 夕食 ● 20:30 就寝	同じ	同じ	同じ	同じ	同じ	同じ	