

【浦安市】サービス等利用計画案(セルフプラン)

氏名		計画作成日	年 月 日	
生年月日		連絡先		
住所	浦安市			
計画作成者	(続柄)	計画作成補助者	(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)			同・別
	精神障害者保健福祉手帳(等級 級)			同・別
	自立支援医療(精神通院)			同・別
	特定医療費(指定難病)受給者証			同・別
	診断あり(診断名)			同・別
	障害支援区分(1・2・3・4・5・6)	備考:		
	その他:			
医療の状況				
疾患名		過去の受診歴・現在の健康状態		
医療機関				
主治医				
通院頻度				
服薬状況				
生活歴		利用サービス・関係機関の状況		

