

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏 名		生年月日		年 齢			
住 所				電話番号			
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号			
障害または疾患名		障害程度区分		性別	男 ・ 女		
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)				
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等			
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)				

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					