

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助)(I)

利用者氏名(児童氏名)		障がい支援区分		相談支援事業者名	
保護者氏名		本人との続柄			
障がい福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		モニタリング実施者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	

総合的な援助の方針	全体の状況

優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・ 満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・ 解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス 種類の変更	サービス 量の変更	週間計画の 変更	
1							あり なし 有・無	あり なし 有・無	あり なし 有・無	
2							あり なし 有・無	あり なし 有・無	あり なし 有・無	
3							あり なし 有・無	あり なし 有・無	あり なし 有・無	
4							あり なし 有・無	あり なし 有・無	あり なし 有・無	
5							あり なし 有・無	あり なし 有・無	あり なし 有・無	
6							あり なし 有・無	あり なし 有・無	あり なし 有・無	

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助)(Ⅱ)【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		保護者氏名		本人との続柄		障がい支援区分	
相談支援事業者名		計画作成担当者		計画開始年月			

	月	火	水	木	金	土	日・祝	備考
深夜帯	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							
	5:00							
日中	6:00							
	7:00							
	8:00							
	9:00							
	10:00							
	11:00							
	12:00							
	13:00							
	14:00							
	15:00							
夜間	16:00							
	17:00							
	18:00							
	19:00							
	20:00							
	21:00							
深夜帯	22:00							
23:00								

※1週間の計画時間数(週間計画表より)…月の各計時間の算出方法は、週合計×4.3倍

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週合計	月合計
身体介護								0	
家事援助								0	
通院・乗降								0	
重度訪問								0 (0)	
行動援護 同行援護								0	

【週間計画に反映させにくい項目】

項目名	1回あたりの回数	月あたりの回数	月あたりの時間数
①	時間	× 回	時間
②	時間	× 回	時間
③	時間	× 回	時間

【1カ月の訪問系サービス(計画)時間】

身体介護	時間
家事援助	時間
通院・乗降	時間
重度訪問	時間
行動援護・同行援護	時間

【訪問系サービス以外の障がい福祉サービス項目】

①	日 / 月	②	日 / 月
---	-------	---	-------

【障がい福祉サービス以外の項目】

①	時間 / 月	②	時間 / 月
---	--------	---	--------

た
と
き
こ
う
その他特記事項