

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案 (I)

さま
様

				利用者確認欄	
支給決定区名		計画案作成日	年 月 日		
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		計画作成担当者	
障がい福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号		毎月	3か月毎月
通所受給者証番号		モニタリング期間(開始年月)	年 月	6か月毎月	12か月毎月
				モニタリング頻度	
				2か月に1度	3か月に1度
				6か月に1度	12か月に1度

総合的な援助の方針					
-----------	--	--	--	--	--

利用者との面接	面接日	年 月 日	利用者以外の面接者	利用者の家族 () その他 ()	
	面接日	年 月 日	利用者以外の面接者	利用者の家族 () その他 ()	

優先 順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成 時期	障がい福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価 時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案(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
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								

※1週間の計画時間数(週間計画表より)×月の合計時間の算出方法は、週合計×4.5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
---	--------	---	--------

その他特記事項
た と き じ こ う

申請者の現状(基本情報)

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・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障がいまたは疾患名		障がい支援区分		性別	男 ・ 女

<p>家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	<p>社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>
--	--

<p>生活歴 ※受診歴等含む</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	<p>医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
---	--

<p>本人の主訴(意向・希望)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	<p>家族の主訴(意向・希望)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
---	---

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 (障がい福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障がい支援区分		相談支援事業者名	
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス