

## 基本情報(セルフプラン)

### 1 基本情報

( 記入日 令和 年 月 日 )

ふりがな			男・女	生年月日	年	月	日
児童氏名			歳	所属 (学校等)			
ふりがな			続柄	生年月日	年	月	日
保護者氏名							
住所	〒 -						
連絡先	1	( )			2	( )	
家族構成 (対象児童 以外)	続柄	氏名	生年月日	年齢	職業、 就労状況等	同居 別居	その他
						同・別	
						同・別	
						同・別	
						同・別	
						同・別	

### 2 医療等関係情報

相談のきっかけ 健診時の様子 等							
障害名・診断名			診断医療機関名			診断年月日	
医療 機関	通院先 医療機関名					既往症	
	病名						
	通院頻度					入院歴	
	服薬状況	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし		

3 本人の状況等（全て自分でできる⇒「1」、手伝いが必要⇒「2」該当するものに○をつけてください。）

食行為	1 一人できる	2 一人できない		
衣服着脱	1 一人できる	2 一人できない	【前後裏表の区別: できる・できない・声掛け要】	
排泄行為	排尿	1 一人できる	2 一人できない	方法 トイレ ・ オムツ
	排便	1 一人できる	2 一人できない	方法 トイレ ・ オムツ
移動	1 自力歩行可	2 自力歩行不可	危険認識	あり ・ なし ・ 不明
意思疎通	1 可能	2 不可	3 不明	【表現方法: 動作 ・ 単語 ・ 二語文 ・ 文章】 【発音: 不明瞭 ・ 明瞭】
自傷行為	あり ・ なし	「あり」の場合は内容をご記入ください ( )		
他害行為	あり ・ なし	「あり」の場合は内容をご記入ください ( )		
行動障害	あり ・ なし	「あり」の場合は内容をご記入ください ( )		

#### 4 その他

希望するサービス (通所先等)	
伝えておきたいこと (面接時に気を付けてほしいこと等)	

- 
- 受給要件確認【手帳 ・ 意見書 ・ その他 ( )】
- 申請書提出
- 通所先見学 【 済 ・ 予約済(いつ頃: ) ・ 未定 】
- セルフプラン注意事項説明(モニタリング等)
- 本人との面談日程調整
- 相談員の希望 【 希望あり ・ 希望なし 】

メモ	
----	--