

サービス等利用計画(案)

利用者情報	利用者名			
	生年月日	(歳)		
	受給者証番号		支援区分	
	利用者負担上限額			
事業所	担当相談支援事業所			
	計画作成者氏名			

計画について	初回計画作成日			
	計画作成日			
	計画期間	～		
	次回計画見直し時期			
	モニタリング頻度		(変更・更新する場合) 変更後 →	
	次回頻度見直し時期			

今後のモニタリング予定月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月

*計画説明日	
計画説明者	

*利用者同意日	
利用者同意署名	

希望する生活 (利用者及び家族等の生活に対する意向)	
-------------------------------	--

総合的な援助の方針	
-----------	--

長期目標	
------	--

短期目標	
------	--

優先順位	本人のニーズ	支援目標	達成時期	本人の役割	福祉サービス等 内容・頻度・時間 提供先・担当者	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							

災害時	安否確認をする機関	避難場所(在宅時)	避難場所(日中活動時)	避難場所(その他)	備考(配慮事項、服薬内容、固有の備品情報等)

福祉サービス利用に関する留意事項	
------------------	--

サービス等利用計画(案)【週間予定表】

利用者氏名

作成日:
実施期間
作成者:

~
事業所名:

	月	火	水	木	金	土	日	サービス支給内容等
6:00								【介護給付費等支給内容】 種類・時間・積算式
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								【地域生活支援事業支給内容】 種類・時間・積算式
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								サービス提供によって実現する 生活の全体像
24:00								

週単位以外 のサービス	
主な日常生活上の活動	

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名					作成日: 実施期間 作成者:		~	事業所名:
	月	火	水	木	金	土	日	サービス支給内容等
6:00								【介護給付費等支給内容】 種類・時間・積算式
8:00								
10:00								【地域生活支援事業支給内容】 種類・時間・積算式
12:00								
14:00								サービス提供によって実現する 生活の全体像
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								

週単位以外 のサービス	
主な日常生活上の活動	

申請者の現状(基本情報)

相談フェイスシート

事業所名

担当者

初回作成日

最終更新日

個人情報等	フリガナ		年齢	性別	生年月日	住居状況	
	氏名						
	住所	〒 -			連絡先	Tel	
						E-mail	
						Fax	
緊急連絡先							
個人情報等	フリガナ		年齢	性別	生年月日	本人との関係	
	氏名						
	住所	〒 -			連絡先	Tel	
						E-mail	
						Fax	
生活状況	【家族構成】(ジェノグラム)			【社会関係図】(エコマップ)			
	家族・社会関係・環境等の留意事項						
経済的状況	障害年金	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中	手当等
	生活保護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	成年後見	<input type="checkbox"/> 補助	<input type="checkbox"/> 保佐	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
	本人の経済状況及び就労状況			家族の経済状況等			
本人状況	障害等種別	<input type="checkbox"/> 療育手帳	判定		備考		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	判定	種 級	備考		
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	判定	種 級	備考		
		<input type="checkbox"/> 難病			備考		
	特定医療費受給者証		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
	医療保険	被保険者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	自立支援医療	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	【医療機関の利用状況】(受診状況、疾患名、受診科目、頻度、医療機関名、主治医、連絡先等)						
	【主治医からの注意事項】(禁忌事項等)						
【服薬の状況】(薬品名、数量、病院名等)							
【特記事項】(福祉用具、アレルギー等)							

申請者の現状(基本情報)

氏名

支援機関一覧		災害時の基本情報	
1		避難場所 (在宅時)	
2		移動手段	
3			
4		備考(ハザードマップ、固有の物品情報等)	
5			
6			
7			
8			
9			

初回相談	初回相談者		初回相談内容
	氏名		
	経路		
	相談日		

サービス等	支援区分	計画相談	
	種類・支給量		種類・支給量
	週単位以外のサービス等		

私のこれまで (生育歴・既往歴等)	年齢・時期	できごと	年齢・時期	できごと

申請者の現状(基本情報)

氏名

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

概要(支援経過・現状と課題等)

(支援経過・現状と課題)

(障害福祉サービス等)

1. サービス名・支給量

2. その他