

児童セルフプラン

作成日： 令和 年 月 日

ふりがな 児童氏名		生年月日	年 月 日	手帳	有 ・ 無	記入者		
		年齢	歳 か月			診断名		
住所	目黒区			電話	自宅 () 携帯 ()			
家族構成 世帯の状況	氏名	就労	健康状態		氏名	障害児サービス利用	年齢	通園・通学先
	世帯主	有 無	良好・()	第1子		有() 無		
	配偶者	有 無	良好・()	第2子		有() 無		
		有 無	良好・()	第3子		有() 無		
		有 無	良好・()	第4子		有() 無		
療育を受けるまでの 相談機関等				児童通所サービス 利用の希望理由・ きがかかりなこと				

【具体的な計画の内容】

利用事業所名／利用日数	現在のお子さんの姿	希望すること	支援して欲しい内容(療育内容)
利用事業所 () 利用日数 日／月			
利用事業所 () 利用日数 日／月			
利用事業所 () 利用日数 日／月			

裏面あり

