

サービス等利用計画（案）【週間計画表】

調布市書式

計画開始年月	令和	年	月				
利用者 (児童)氏名			年齢	歳	住所		
					保護者氏名		
受給者証番号	障害福祉サービス			地域相談支援			児童福祉通所

相談支援事業者	
計画作成担当者	
補助員	

	月	火	水	木	金	土	日・祝		主な日常生活上の活動
6:00								6:00	<div style="background-color: #e0f2f1; padding: 2px;">週単位以外のサービス</div>
8:00								8:00	
10:00								10:00	
12:00								12:00	
14:00								14:00	
16:00								16:00	
18:00								18:00	
20:00								20:00	
22:00								22:00	
0:00								0:00	
2:00								2:00	
4:00								4:00	

サービス利用によって実現する生活(こんな生活になるといいな)	
--------------------------------	--

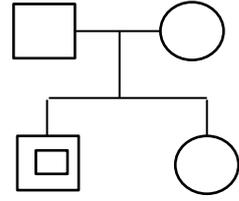
申請者の現状（基本情報）

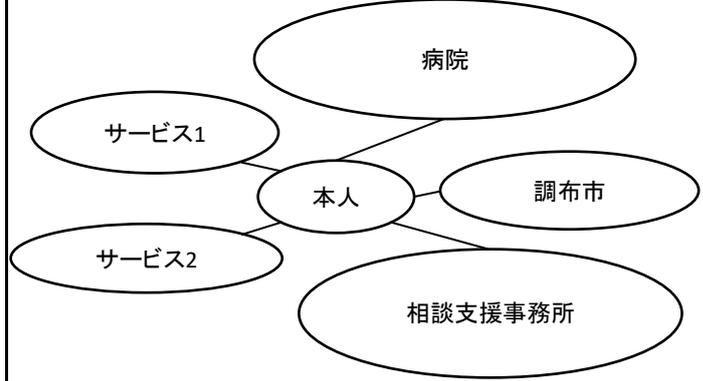
調布市書式
(別紙1)

作成日				相談支援事業者		
利用者 (児童)氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男	計画作成担当者	
生年月日			年齢	<input type="checkbox"/> 女	補助員	
住 所	現在の生活場所			電話(FAX)		
				番号		

障害または 疾患名			医療の 状況			
障害程度区分	介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒					

※受診科目, 頻度, 主治医, 疾患名, 服薬状況等

生活歴(受診歴含む)	家族構成(年齢, 職業, 主たる介護者等を記入)
	
	経済状況(就労, 手当, 障害年金等)

概要(支援経過・現状と課題等)	社会関係図
	

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 (障害福祉 サービス, 介 護保険等)				
その他の 支援					

本人の主訴(意向・希望)	家族の主訴(意向・希望)

サービス等利用計画【週間計画表】

調布市書式

計画開始年月	令和	年	月					
利用者 (児童)氏名				年齢	歳	住所		
						保護者氏名	続柄	
受給者証番号	障害福祉サービス			地域相談支援		児童福祉通所		

相談支援事業者	
計画作成担当者	
補助員	

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

週単位以外のサービス

サービス利用によって実現する生活(こんな生活になるといいな)	
--------------------------------	--

モニタリング報告書

調布市書式

モニタリング実施日	■ 定期 □ 臨時	
利用者 (児童)氏名	年齢	住所
受給者証番号	障害福祉サービス	地域相談支援
		児童福祉通所
		続柄

市 確 認 欄	(受付日)

全体の状況	
計画変更の必要性(「あり」の場合、その具体的内容)	
サービス種類の変更 □ あり ■ なし (変更内容)	モニタリング期間の変更 □ あり ■ なし (変更理由)
サービス量の変更 □ あり ■ なし	新たなモニタリング期間
週間計画の変更 □ あり ■ なし	月ごと

相談支援事業者	
モニタリング担当者	
補助員	
計画作成日	
モニタリング期間	か月ごと(最初の3か月は毎月)
次回モニタリング予定月	令和 年 月

利用者(保護者) 同意署名欄	
-------------------	--

優先 順位	本人の小目標	サービスの提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・振り返り	支援者のふり返り (順調度のスケール)	今後の対応(支援内容の変更・見直し点など)
1	評価時期 令和 年 月			1 2 3 4 5 順	<input type="checkbox"/> 小目標を継続する <input type="checkbox"/> その他・見直しが必要
2	評価時期 令和 年 月			1 2 3 4 5 順	<input type="checkbox"/> 小目標を継続する <input type="checkbox"/> その他・見直しが必要
3	評価時期 令和 年 月			1 2 3 4 5 順	<input type="checkbox"/> 小目標を継続する <input type="checkbox"/> その他・見直しが必要
4	評価時期 令和 年 月			1 2 3 4 5 順	<input type="checkbox"/> 小目標を継続する <input type="checkbox"/> その他・見直しが必要
5	評価時期 令和 年 月			1 2 3 4 5 順	<input type="checkbox"/> 小目標を継続する <input type="checkbox"/> その他・見直しが必要
6	評価時期 令和 年 月			1 2 3 4 5 順	<input type="checkbox"/> 小目標を継続する <input type="checkbox"/> その他・見直しが必要

継続サービス等利用計画【週間計画表】

調布市書式

計画開始年月	令和	年	月				
利用者 (児童)氏名			年齢	歳	住所		
					保護者氏名		
受給者証番号	障害福祉サービス			地域相談支援			児童福祉通所

相談支援事業者	
モニタリング担当者	
補助員	

	月	火	水	木	金	土	日・祝		主な日常生活上の活動
6:00								6:00	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="background-color: #e0f2f7; text-align: center; padding: 2px;">週単位以外のサービス</div>
8:00								8:00	
10:00								10:00	
12:00								12:00	
14:00								14:00	
16:00								16:00	
18:00								18:00	
20:00								20:00	
22:00								22:00	
0:00								0:00	
2:00								2:00	
4:00								4:00	

サービス利用によって実現する生活(こんな生活になるといいな)	
--------------------------------	--

作成日	作成事業所	計画作成担当者	補助員(サブ担当)
-----	-------	---------	-----------

災害(さいがいの)のときのひなんけいかく

○氏名(しめい)

○住所(じゅうしょ)

○避難所判定

--	--

○電話(でんわ)



○緊急時連絡先(きんきゅうじれんらくさき)

※しんせきなど



--

○相談(そうだん)できるところや人



--



--

--



--

避難所(ひなんじょ)に持っていくもの

①

②

③

④

⑤

たとえば・・・

わからないときは、ご家族(かぞく)や支援(しえん)する人に相談(そうだん)しよう



地震(じしん)のとき！！

①

②

③

④

⑤

⑥

あなたのひなんするばしょは

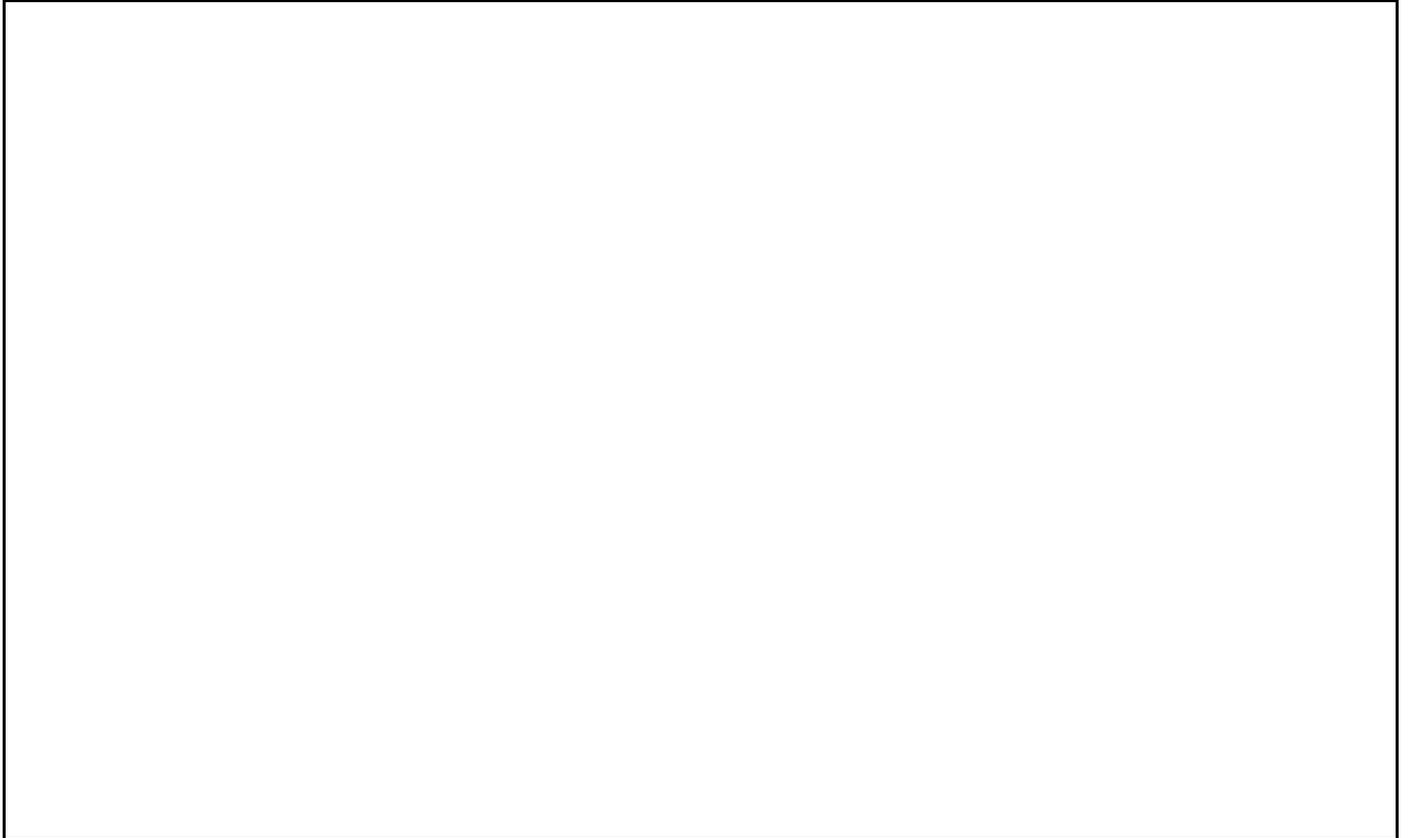
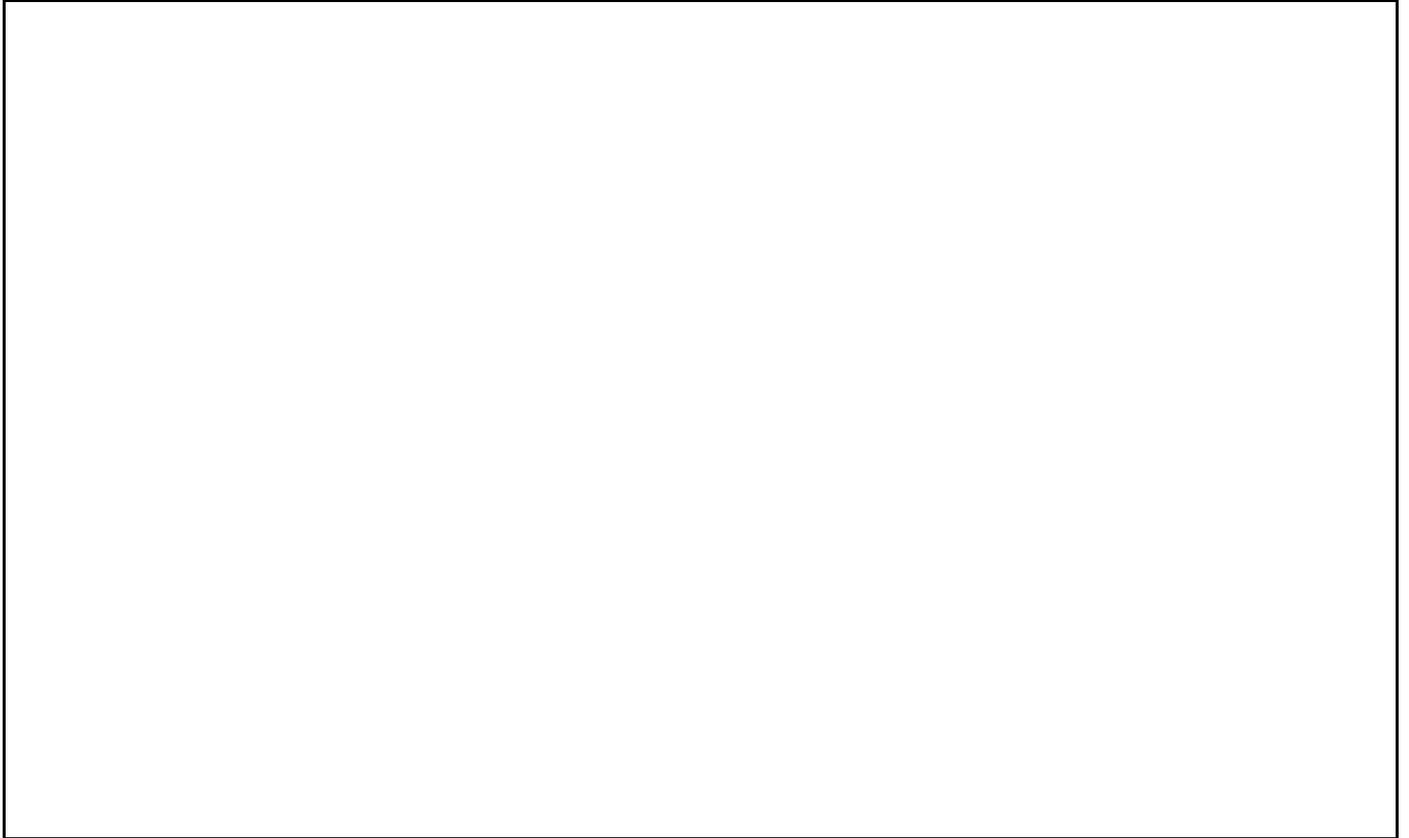
--

です

ちずは

にあります

【地震(じしん)のときのひなん
する場所(ばしょ)】(地図)





水害(すいがい)のとき！！

①

②

③

④

⑤

⑥

あなたのひなんするばしょは

<input type="text"/>

です

ちずは

にあります

【水害(すいがい)のときのひなん
する場所(ばしょ)】(地図)

