

医療型児童発達支援計画書

支援期間	～
作成年月日	年 月 日
児童発達支援管理責任者	

利用者及び家族の希望

	支援の標準的な提供時間等 合計 h m サービス提供時間 5h 9:30～15:30
目標 送迎にかかる配慮 (移乗等も含む) 登園・降園に必要な準備 ・ケアにかかる配慮 職員との伝達事項等の整理	m m m

No.	具体的な目標	支援内容	支援期間	主なサービス担当者
1				看護師
2				保育士
3				理学療法士 作業療法士 言語聴覚士

※5領域の視点「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」

配慮事項	入浴、送迎、身体抑制
------	------------

医療型児童発達支援計画書の説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日

通所給付決定保護者氏名(家族氏名) _____

モニタリング報告書

計画作成年月日 _____

支援期間 _____ ~ _____

モニタリング実施日 _____ 年 月 日

児童発達支援管理責任者 _____

利用者及び成年後見人・家族の希望

	支援の標準的な提供時間等 合計 h m サービス提供時間 5h 9:30~15:30
支援目標 _____ _____ _____	送迎にかかる配慮 (移乗等も含む) m 登園・降園に必要な準備 ・ケアにかかる配慮 m 職員との伝達事項等の整理 m

No.	具体的な目標	評価			達成されない場合の 原因	達成されない場合の 改善内容
		達成	ほぼ達成	未達成		
		達成	ほぼ達成	未達成		
		達成	ほぼ達成	未達成		

※5領域の視点「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」

モニタリング結果の説明を受け、確認致しました。

年 月 日

通所給付決定保護者氏名(家族氏名) _____

個別支援計画評価書

支援期間

～

児童発達支援管理責任者

【総合評価】児童発達支援管理責任者()

【看護計画の実施と評価】看護師()

〈評価〉

【療育計画の実施と評価】保育士()

〈評価〉

評価の説明を受け、確認致しました。

年 月 日

通所給付決定保護者氏名(家族氏名)