

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
利用者(児童)住所		利用者負担上限額		計画作成担当者	
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	印

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

継続サービス等利用計画・継続障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供
によって実現
する生活の全
体像