**セルフプラン様式の例**

**セルフプラン（妊娠～出産まで）**

（利用者名）　　　　　 様

妊娠おめでとうございます。このシートは、健やかに妊娠・出産・子育てができるよう具体的なサポートについて一緒に考えるためのものです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **現在の状況**  **と今後の予定** | □ 妊娠中（妊娠　　　週）出産予定日：  □ お子様の出生（予定）日：  □ 妊婦健診受診病院等名：  □ 出産（予定）病院等名 | | | | **お仕事** | □あり（□産休・□育休（期間：○年○月～○か月間）  □なし |
| **里帰り出産**  **の予定** | □あり（場所・期間：○○県○○市町村　○年○月～○か月間）  □なし |
| **転居の予定** | □あり（場所：○○県○○市町村　）  ・転居先への情報提供の希望　□  □なし |
|  | **妊娠１～４か月** | | **妊娠５～７か月** | | **妊娠８～10か月** | **～産後１か月** |
| **どのような妊娠生活を送りたいですか** | **◎面接で対象者の思いを確認しながら一緒に考える。** | | | | |  |
| **気になること** |  | | | | |  |
| **相談・協力**  **および**  **一緒に育児を**  **行う人** | □配偶者/パートナー  □実母　□実父  □義母　□義父  □その他（　　　　　） | | | | | □配偶者/パートナー  □実母　□実父  □義母　□義父  □その他（　　　　　） |
| **ご自身が**  **できること** | 必要な準備 | （例）  □ 出産病院を決める  □ 里帰り出産の場合は帰省先の病院等に分娩を予約  □ 出産予定を職場に伝え、休業等の調整、手続きを行う  □ 禁酒・禁煙  □ ・・・  **◎対象者が主体的に関われるようにする。** | | （例）  □ 妊婦健診  □ 入院時の必要物品の準備  □ ベビー用品の準備  □ 家族と緊急連絡先、産前産後の過ごし方の確認  □ 地域の子育て支援センターやファミリーサポート、生活支援サービスについて確認  □ 禁酒・禁煙  □ ・・・ | | （例）  □ 産後１か月健診  □ かかりつけ医を探す  □ 禁酒・禁煙  □ ・・・ |
| 利用できる制度・サービス | （例）  □ ・・・ | | （例）  □ 妊婦（両親）教室  □ ・・・ | | （例）  □ 産後休業（産後８週間）  □ 医療保険加入  □ 出産一時金の申請  □ 子ども医療費助成の申請  □ 児童手当の申請  □ 育児休業給付金の申請  □ ・・・ |
| **ご家族や周囲の人ができること**  **（　）は担ってくれる人** | （例）  □ 家事分担（　）  □ 禁煙 （　）  □ ・・・（　） | | （例）  □ 家事分担（　）  □ 家族と緊急連絡先、産前産後の過ごし方の確認（　）  □ 禁煙 （　）  □ ・・・（　） | | | （例）  □ 育児・家事分担（　）  □ 育児休業（　）  □ 禁煙 （　）  □ ・・・（　） |
| **今後利用したいサポート・事業** | （例）電話相談  （例）妊婦健診（14回）  （例）妊婦訪問：時期・連絡方法  （例）両親教室（○月・○月）  □ ・・・  **◎事業の時期、連絡手段などを記載しておく。** | | □ ・・・  **◎ 対象者に必要な情報を確認する（個別性・段階に**  **合わせた支援）。**  **◎ 対象者と一緒に考える。**  **◎ 事業、サービスの周知（統一した情報提供）。**  **◎ 対象者に先の見通しを知ってもらう。**  **◎ 必要な情報を１つにまとめる。**  **◎ 費用も記載。**  **※市町村のサービスの一覧があればそれを利用する。** | | | （例）新生児訪問：時期・連絡方法  □ ・・・ |
| **作成・**  **見直した日** | ○年○月○日（対応者） | | ○年○月○日（対応者） | | | ○年○月○日（対応者） |
| **備考** |  | |  | | |  |
| **妊娠・出産・育児**  **の相談窓口** | 担当者名・関係機関連絡先  ○○保健センター　担当：○○　（××××-××-××××） | | | | | |

「個人情報保護法」に基づき、個人情報は保護されます。ただし、母子の健康を守るため、必要時は「児童福祉法」に基づき、児童福祉担当課・医療機関等に

連絡し、プランの内容を共有させていただくことがあります。ご了承ください。

**上記説明を受け、了承しました。（本人署名）　　　　　　　　　　　　　　　　（日付）○年○月○日**

**◎対象者を関係機関（者）につなげる。**

**セルフプラン（出産～子育て）**

（利用者名）　　　　　 様

出産おめでとうございます。このシートは、健やかに子育てができるよう具体的なサポートについて一緒に考えるためのものです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **現在の状況**  **と今後の予定** | □ お子様の誕生日：　　年　　月　　日  □ お子様のかかりつけ医：    □ 出産した病院等： | | | お仕事 | □あり（□産休・□育休（期間：○年○月～○か月間　）  □なし | |
| 里帰りの予定 | □あり（場所・期間：○○県○○市町村　○年○月～○か月間）  □なし | |
| 転居の予定 | □あり（場所：○○県○○市町村　）  ・転居先への情報提供の希望　□  □なし | |
|  | **産後１か月～** | | **２～３か月** | **４か月** | |  |
| **どのような子育てを**  **したいですか** |  | | |  | |  |
| **気になること** |  | | |  | |  |
| **相談・協力および**  **一緒に育児を行う人** | □配偶者/パートナー  □実母　□実父  □義母　□義父  □その他（　　　　　） | | | □配偶者/パートナー  □実母　□実父  □義母　□義父  □その他（　　　　　） | |  |
| **ご自身が**  **できること** | 必要な準備 | （例）  □ 産後１か月健診  □ かかりつけ医を探す  □ 禁酒・禁煙  □ ・・・ | （例）  □ 予防接種  □ 禁酒・禁煙  □ ・・・ | （例）  □ 予防接種  □ かかりつけ医を探す  □ 禁酒・禁煙  □ ・・・ | |  |
| 利用できる制度・サービス | （例）  □ 産後休業（産後８週間）  □ 健康保険加入  □ 出産一時金の申請  □ 子ども医療費助成の申請  □ 児童手当の申請  □ 育児休業給付金の申請  □ ・・・ | （例）  □ 育児休業  □ ・・・ | （例）  □ 育児休業  □ こども園入所手続き  □ ・・・ | |  |
| **ご家族や周囲の人ができること**  **（　）は担ってくれる人** | （例）  □ 育児・家事分担（　）  □ 育児休業 （　）  □ 禁煙 （　）  □ ・・・ （　） | | （例）  □ 育児・家事分担（　）  □ 育児休業 （　）  □ 禁煙　　 （　）  □ ・・・ （　） | （例）  □ 育児・家事分担（　）  □ 育児休業 （　）  □ 禁煙 （　）  □ ・・・ （　） | |  |
| **今後利用したいサポート・事業** | （例）電話相談  （例）新生児訪問  □ ・・・ | | □ ・・・  □ ・・・ | （例）４か月健康診査  □ ・・・ | |  |
| **作成・見直した日** | ○年○月○日（対応者） | | ○年○月○日（対応者） | ○年○月○日（対応者） | | |
| **備考** |  | |  |  | | |
| **妊娠・出産・育児**  **の相談窓口** | 担当者名・関係機関連絡先  ○○保健センター　担当：○○　（××××-××-××××） | | | | | |

「個人情報保護法」に基づき、個人情報は保護されます。ただし、母子の健康を守るため、必要時は「児童福祉法」に基づき、児童福祉担当課・医療機関等に

連絡し、プランの内容を共有させていただくことがあります。ご了承ください。

**上記説明を受け、了承しました。（本人署名）　　　　　　　　　　　　　　　　（日付）○年○月○日**

**支援プラン様式の例**

**基本情報シート（妊娠～出産まで）**

**◎基本情報**

**※変更があれば適宜追記する。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　策定日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他機関から情報提供　□あり（機関名：　　　　　　　　　　　　） | | | | 支援判定区分　　□特定妊婦　　□フォローが必要な妊婦　　□ハイリスク妊婦 | | |
| 家族構成  ※妊婦を中心に記載 | 氏名 | 続柄 | 職業 | 生 年 月 日 | 〈ジェノグラム〉  記入例  □ ○ ■ ○ □　○ □　○  男性　女性　 死亡 　妊娠中　　婚姻・同棲関係　　　　離婚  【参考】県市町村要保護児童対策地域協議会マニュアル  **◎キーパーソンと実際の支援者が違う場合**  支 援 者　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）  キーパーソン　（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 本人 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 備　考 | **◎例：経済状況や受けている各種助成制度** | | | |
| 住　　所  電話  緊急連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　 　　）学校区  ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  緊急連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  転居の予定　□なし　□あり（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 妊婦・夫の実家  または支援者の  住所・連絡先  （続柄） |  | | | | 受けられる  支援内容 |  |
|  | | | |  |
| 現在の状況と  今後の予定 | 妊娠中（妊娠　　　週）出産予定日：  妊婦健診受診病院等名：  出産（予定）病院等名  里帰り予定　□なし　□あり  （里帰り連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  就労　□なし　　□あり　（職業：　　　　　　　　　　　　　　）  産休期間（　　　　　　　　　　）  育休期間（　　　　　　　　　　） | | | | 本人の支援の受け入れ  □良　□否（理由：　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 妊娠に  対する思い | **◎面接で対象者の思いを確認しながら一緒に考える。** | | | | | |
| ケースの強み  良いところ |  | | | | | |
| 今後の家族計画 | **◎今後の妊娠予定など、計画がある場合話を聞いておく。** | | | | | |

「個人情報保護法」に基づき、個人情報は保護されます。ただし、母子の健康を守るため、必要時は「児童福祉法」に基づき、児童福祉担当課・医療機関等に

連絡し、プランの内容を共有させていただくことがあります。ご了承ください。

**◎対象者を関係機関（者）につなげる。**

**◎別紙同意書を準備してもよい。**

**上記説明を受け、了承しました。（本人署名）　　　　　　　　　　　　　　　　（日付）○年○月○日**

**基本情報シート（産後）**

**◎基本情報**

**※変更があれば適宜追記する。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　策定日：　　　年　　月　　日

**◎市町村の判定区分に準ずる。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 他機関から情報提供　□あり（機関名：　　　　　　　　　　　　） | | | | 支援判定区分　　□要対協登録　　□その他( ) | | |
| 家族構成  ※産婦を中心に  記載 | 氏名 | 続柄 | 職業 | 生 年 月 日 | 〈ジェノグラム〉  記入例  □ ○ ■ ○ □　○ □　○  男性　女性　 死亡 　妊娠中　　婚姻・同棲関係　　　　離婚  【参考】県市町村要保護児童対策地域協議会マニュアル  **◎キーパーソンと実際の支援者が違う場合**  支 援 者　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）  キーパーソン　（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 本人 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **◎例：経済状況や受けている各種福祉制度** |  |  |
| 備　考 |  | | | |
| 住　　所  電話  緊急連絡先 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　 　　）学校区  ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  緊急連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  転居の予定　□なし　□あり（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 産婦・夫の実家  または支援者の  住所・連絡先  （続柄） |  | | | | 受けられる  支援内容 |  |
|  | | | |  |
| 現在の状況と  今後の予定 | 出産日：　　　　　　　　　(　　　　週　　　　日)  □早産　　□正期産　　□過期産  □自然分娩　　□帝王切開  産後健診受診病院等名：  出産病院等名：  里帰り　□なし　□あり  （里帰り連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  就労　□なし　　□あり　（職業：　　　　　　　　　　　　　　）  育休期間（　　　　　　　　　　）  本人の支援の受け入れ  □良　□否（理由：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | 児の出生時身長：  児の出生時体重：  受けている手当・医療費助成  □身体障害者手帳（　　）級  □療育手帳（　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **◎児の受けている福祉制度、児の状態等、必要に応じて項目作成。**  **◎市町村の実情に応じてチェックリストを作成。** | |
| 育児に  対する思い | **◎面接で対象者の思いを確認しながら一緒に考える。** | | | | | |
| ケースの強み  良いところ |  | | | | | |
| 今後の家族計画 | **◎今後の妊娠予定など、計画がある場合話を聞いておく。** | | | | | |

「個人情報保護法」に基づき、個人情報は保護されます。ただし、母子の健康を守るため、必要時は「児童福祉法」に基づき、児童福祉担当課・医療機関等に

連絡し、プランの内容を共有させていただくことがあります。ご了承ください。

**◎対象者を関係機関（者）につなげる。**

**◎別紙同意書を準備してもよい。**

**上記説明を受け、了承しました。（本人署名）　　　　　　　　　　　　　　　　（日付）○年○月○日**

リスク要因

※市町村で活用しているリスクアセスメントシート(のコピー)を貼り付ける

基本情報シートの裏側に掲載する一例

経過記録

**◎ 支援の経過や結果、情報を経時的に書く。**

**◎ 基本情報シート等の裏側に印刷するのもよい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 基本情報シートの裏側に掲載する一例 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**支援プラン**

**◎妊娠週数が暦の何月に該当するか記載できる欄などを適宜入れる。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | （例）妊娠（　　　　か月）（　　　　月） | 妊娠（　　　　か月）（　　　　月） | 妊娠（　　　　か月）（　　　　月） | ～産後１か月（　　　　月） |
| 現在の支援判定区分 | | □特定妊婦　　□フォローが必要な妊婦　　□ハイリスク妊婦 | □特定妊婦　　□フォローが必要な妊婦　　□ハイリスク妊婦 | □特定妊婦　　□フォローが必要な妊婦　　□ハイリスク妊婦 | □特定妊婦　　□フォローが必要な妊婦　　□ハイリスク妊婦 |
| 支援が必要な理由  （困っていること、気になること、  本人の認識等） | |  |  |  |  |
| 目標 | |  |  |  |  |
| 支援計画 | | **◎いつ頃に電話するなど支援側の予定を記載。** |  |  |  |
| 支援の具体的内容（（関係機関（者）による支援内容、担当者、連絡先） | 担当機関（者） | 支援内容・役割分担 | 役割分担 | 役割分担 | 役割分担 |
| □ 保健センター  　担当○○（職種）  連絡先 | （例）  □　電話　（時期・内容）  □　訪問　（時期・内容）  □　産科医療機関との情報連絡（時期・内容）  □ | （例）  □　電話　（時期・内容）  □　訪問　（時期・内容）  □　産科医療機関との情報連絡（時期・内容）  □ | （例）  □　電話　（時期・内容）  □　訪問　（時期・内容）  □　産科医療機関との情報連絡（時期・内容）  □ | （例）  □　電話　（時期・内容）  □　訪問　（時期・内容）  □　産科医療機関との情報連絡（時期・内容）  □ |
| □ ○○課  　担当○○（職種）  　 連絡先 | □　生活保護の相談  **◎必要時は余白に自由に支援**  **内容も記載する。**  **◎支援の結果や関係機関から聞き取った内容も必要時余白に書き込む。**  **記載できるようにする** | □　生活保護の相談 | □　生活保護の相談 | □　生活保護の相談 |
| □　○○課  担当○○（職種）  連絡先 | □　精神保健福祉相談 | □　精神保健福祉相談 | □　精神保健福祉相談 | □　精神保健福祉相談 |
| □　○○病院産婦人科  　　担当○○（助産師）  　　連絡先 | □　妊婦健診　○月○日 | □　妊婦健診　○月○日 | □　妊婦健診　○月○日 | □　産後健診　○月○日 |
| **◎項目は自由に追加する。** |  |  |  |  |
| 支援の評価  次回見直し予定日  今後の方針 | | □終結　□継続　（次回評価予定日：　　　　　　　　　　　　　）  評価後の支援判定区分  □特定妊婦　□フォローが必要な妊婦　□ハイリスク妊婦  関係機関への情報提供　□不要　□済　（　　　　　　　　　　） | □終結　□継続　（次回評価予定日：　　　　　　　　　　　　　）  評価後の支援判定区分  □特定妊婦　□フォローが必要な妊婦　□ハイリスク妊婦  関係機関への情報提供　□不要　□済　（　　　　　　　　　　） | □終結　□継続　（次回評価予定日：　　　　　　　　　　　　　）  評価後の支援判定区分  □特定妊婦　□フォローが必要な妊婦　□ハイリスク妊婦  関係機関への情報提供　□不要　□済　（　　　　　　　　　　） | □終結　□継続　（次回評価予定日：　　　　　　　　　　　　　）  評価後の支援判定区分  □特定妊婦　□フォローが必要な妊婦　□ハイリスク妊婦  関係機関への情報提供　□不要　□済　（　　　　　　　　　　） |
| 策定年月日（策定者） | | ○月○日（策定者）  **◎どこに情報提供したか。** | ○月○日（策定者） | ○月○日（策定者） | ○月○日（策定者） |
| 備　考 | |  |  |  |  |