

## 돌봄서비스 정기이용계획

대상아동 인적사항	성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여		나이	만   세	
	장애종류 및 장애상태	<input type="checkbox"/> 자폐성 <input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 기타(   )			급	<input type="checkbox"/> 중복장애 없음 <input type="checkbox"/> 중복장애 있음 (   )		
		약복용여부	<input type="checkbox"/> 예(   ) <input type="checkbox"/> 아니오			신변처리	<input type="checkbox"/> 가능 <input type="checkbox"/> 불가능	

보호자	성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여		대상아동과의 관계	
	현주소						(☎   )

돌봄서비스 유형	<input type="checkbox"/> 가정 내 돌봄 <input type="checkbox"/> 치료동반·외출지원	
----------	---	--

요일별 이용계획							
월		화		수		목	
시간	돌봄장소	시간	돌봄장소	시간	돌봄장소	시간	돌봄장소
금		토		일		비고	
시간	돌봄장소	시간	돌봄장소	시간	돌봄장소		

건의사항	
------	--