

フリガナ氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成・令和	年 月 日 (歳)	性別	男・女
(1) 病名 主たる精神障害： _____ 従たる精神障害： _____ 身体合併症： _____					
(2) 直近の入院状況 ・直近の入院日： 年 月 日 ・退院日： 年 月 日 ・入院期間： 年 月 日 ・入院形態： <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 措置(緊急措置含) <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療観察法 ・退院時 GAF () ・通院困難な理由 ()					
(3) 現在の病状、状態像等(本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載)					
本人					
医療者					
(4) 処方内容					
(5) 生活能力の状態					
1. 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入所(施設名： _____) <input type="checkbox"/> その他(_____) ◎家族の協力体制 【あり・困難】					
2. 日常生活動作(ADL)					
・ベッド上の可動性 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存					
・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存					
・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存					
・トイレの使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存					
・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存					
・衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存					
◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】					
3. 日常生活能力の判定					
・適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・身の清潔保持・規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・金銭管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・買物 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・服薬管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・対人関係 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・身の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・社会的手続きや公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
・交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助					
◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】					
(6) 各種サービス利用状況(支援計画策定時点)					
・精神障害者保健福祉手帳(□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし)					
・障害年金(□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし)					
・障害程度/支援区分(□区分1、□区分2、□区分3、□区分4、□区分5、□区分6、□申請中、□非該当、□申請なし)					
・要介護認定(□要支援1、□要支援2、□要介護1、□要介護2、□要介護3、□要介護4、□要介護5、□申請中、□非該当、□申請なし)					
・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(7) 再発予防・健康維持のための目標(1ヶ月後)					
<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 日常生活の管理 <input type="checkbox"/> 趣味・娯楽への関心					
<input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> その他(_____)					

(8) 今後必要とされる収入源
不要 就労 家族からの援助 障害年金 老齢基礎年金 生活保護 その他(_____)

(9) 今後必要とされる各種のサービス

1. 精神科医療
精神科通院(当院、他院) 精神科デイケア 精神科デイナイトケア、精神科ナイトケア

2. 障害者総合支援法等に規定するサービス
重度訪問介護【 _____ 回/週】 行動援護【 _____ 回/週】 グループホーム【 _____ 回/週】
生活介護【 _____ 回/週】 居宅介護(ホームヘルプ)【 _____ 回/週】 地域活動支援センター【 _____ 回/週】
保健所による訪問【 _____ 回/週】 その他サービス(_____)【 _____ 回/週】

3. その他(_____)

(10) 連携すべき関係機関
保健所 精神保健福祉センター 市町村 相談支援事業所 居宅介護支援事業所
その他(_____)

(11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標

(12) 訪問予定日
「訪問診療」 [担当 _____]
訪問予定日： 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日()

「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」
訪問予定日： 月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]
月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]
月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]
月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]、 月 日() [担当 _____]

(13) (7)～(11)を達成するための、具体的な支援計画

「病気の症状・お薬について」 担当者/職種 _____
支援計画(_____)

「看護・介護について」 担当者/職種 _____
支援計画(_____)

「社会生活機能の回復について」 担当者/職種 _____
支援計画(_____)

「社会資源について」 担当者/職種 _____
支援計画(_____)

「その他行うべき支援」 担当者/職種 _____
支援計画(_____)

本人・家族氏名： _____
医師： _____ 看護師： _____
作業療法士： _____ 精神保健福祉士： _____
その他関係職種： _____

医療機関所在地： _____ 診療担当科名： _____
名 称： _____ 医師氏名 (自署又は記名押印) _____
電 話 番 号： _____ ⑩

緊急時電話番号： _____