

児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

患 者 氏 名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 (歳)
診断名 (状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 □特記事項なし □あり	家族構成 : (同居家族を含む)	社会的環境 :	c. 職歴
		a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴 :)	d. 交友関係など

II. 入院時の状況

入院年月日	平成 年 月 日 (曜日)	入 院 形 態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他
主 訴	患者 :		
	家族 (父・母・その他) :		
特別な栄養管理の必要性 : 有 ・ 無			
症状 および 問題行動 :			
A. 行 動 : a. 動 き : <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 常同症 <input type="checkbox"/> 拒絶症 <input type="checkbox"/> 奇妙な動作 () b. 表 情 : <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 無表情 c. 話 し 方 : <input type="checkbox"/> 緘黙 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 反響言語 d. そ の 他 : <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 習癖異常			
B. 情 緒 : <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 高揚 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 感情の不調和			
C. 対 人 関 係 : <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 他罰的 <input type="checkbox"/> 共感性欠如			
D. 知 的 機 能 : <input type="checkbox"/> 注意散漫 <input type="checkbox"/> 興味限局 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習 (能力) 障害			
E. 意 識 : <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意識障害			
F. 意 欲 : <input type="checkbox"/> 消極性 <input type="checkbox"/> 意欲減退 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> 意欲亢進			
G. 行 為 : <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害・暴行 <input type="checkbox"/> 盗み <input type="checkbox"/> 器物破損			
H. 知 覚 : <input type="checkbox"/> 錯覚 <input type="checkbox"/> 幻覚			
I. 思 考 : <input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 強迫観念・行為 <input type="checkbox"/> 恐怖症 <input type="checkbox"/> 自殺念慮・自殺企図 <input type="checkbox"/> 離人体験 <input type="checkbox"/> 病的な空想 <input type="checkbox"/> 作為体験 <input type="checkbox"/> 罪業妄想 <input type="checkbox"/> 被害・関係妄想 <input type="checkbox"/> その他の妄想 () <input type="checkbox"/> 連合障害			
J. そ の 他 : <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 計画的な行動がとれない <input type="checkbox"/> 衝動コントロールの欠如 <input type="checkbox"/> 主体性の未確立			
具体的な事柄 :			

(※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

Ⅲ. 治療計画

(患者氏名)

<p>推定される入院期間 (週間/月) (うち医療保護入院による入院期間 : _____)</p> <p>本人の希望 :</p> <p>家族の希望 :</p> <p>目標の設定 :</p> <p>同意事項 :</p> <p><input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定</p> <p><input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善</p> <p><input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善</p> <p><input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立</p> <p><input type="checkbox"/> 社会復帰</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>基本方針 :</p> <p>治療と検査 :</p> <p>A. 治療 :</p> <p>精神療法 :</p> <p><input type="checkbox"/> 個人精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 : 回/週</p> <p><input type="checkbox"/> 認知行動療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 : 回/週</p> <p>薬物療法 :</p> <p><input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗躁薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬</p> <p><input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>B. 検査 :</p> <p>理化学検査 :</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X 線</p> <p><input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>心理検査 :</p> <p><input type="checkbox"/> 知能検査 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 性格検査 ()</p>	
<p>行動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他)</p>		<p>隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>
<p>選任された退院後生活環境相談員の氏名</p>		
<p>退院後の目標 : <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>		

Ⅳ. 家族へのアプローチ

<p>面接 :</p> <p><input type="checkbox"/> 家族面接 : 回/週・月 (<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ())</p> <p><input type="checkbox"/> 本人との同席面接 : 回/週・月</p> <p>その他 :</p> <p><input type="checkbox"/> 家族療法 : 回/週・月 <input type="checkbox"/> その他 : 回/週・月</p>	<p>具体的アプローチ</p>
--	-----------------

Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

<p>入院中の教育的配慮 :</p> <p><input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学)</p> <p><input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級</p> <p><input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>学校への具体的アプローチ : <input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意</p> <p><input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 現状での問題点 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 今後の方向性 ()</p>
--	--

上記説明を受けました。 平成 年 月 日 本人サイン _____ 保護者サイン _____

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)