

## 精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日                      年                      月

|                                |  |               |  |      |   |   |      |
|--------------------------------|--|---------------|--|------|---|---|------|
| 患者氏名                           |  | 性別            |  | 生年月日 | 月 | 日 | ( 歳) |
| 主治医                            |  | デイ・ケア<br>担当職員 |  |      |   |   |      |
| 診断                             |  | 既往症           |  |      |   |   |      |
| 入院歴                            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（最終入院                      年            月    ～            年            月病院）   |               |  |      |   |   |      |
| 治療歴<br>（デイ・ケア等<br>の利用歴を<br>含む） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br><br><div style="text-align: center;">             デイ・ケア等利用歴           </div> <div> <input type="checkbox"/>ショート・ケア                      (施設名                      利用期間                      )<br/> <input type="checkbox"/>デイ・ケア                              (施設名                      利用期間                      )<br/> <input type="checkbox"/>ナイト・ケア                              (施設名                      利用期間                      )<br/> <input type="checkbox"/>デイ・ナイト・ケア                      (施設名                      利用期間                      )<br/> <input type="checkbox"/>その他                                      (施設名                      利用期間                      ) </div> |               |  |      |   |   |      |
| 現在の状況<br>(症状・治療内容<br>等)        |  |               |  |      |   |   |      |
| デイ・ケア<br>利用目的                  |  |               |  |      |   |   |      |
| デイ・ケア<br>内容                    | (具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)   |               |  |      |   |   |      |
| デイ・ケア<br>目標                    | 短期目標（おおむね3ヶ月以内）  |               |  |      |   |   |      |
|                                | 長期目標（おおむね1年以内）   |               |  |      |   |   |      |
| 特記事項                           |  |               |  |      |   |   |      |