総合支援計画書

1 ヶ月目・2 ヶ月目・3 ヶ月目・	4ヶ月目・	5ヶ月目	・6ヶ月	目(該当	する項目	を○で囲ん	でください	、) 総合支
フリガナ 氏 名		月治・大正 召和・平成	年	月	日 (歳)	性別	男・女
(1)病名								
主たる精神障害:		1	だたる精神	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: 4	年 月	日	・入院	說問:	年	ヶ月
入院形態:口任意 口医療保護 口	措置(緊急	措置含) [□応急 □	医療観察	法 •	退院時 G	AF ()
・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 □独居 □家族等と同居 □入所(◎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 □自立 □準・移乗 □自立 □自立 □自立 □自立 □自立 □自立 □自立 □目立 □目立 □目立 □目立 □目立 □目立 □目 □目立 □目 □□目 □	備のみ □ は 備のみみ □ は 備ののみみ □ は 備ののみみ □ は 備ののみ □ は 係のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	観察 □部: 観察 □部: 観察 □部: 観察 □部: でできる	分的な援援 援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援援	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	ななななな ロロ 最最	□最大の □最大の □最大の □最大の □最大の ボの援助	援助 口: 援助 口: 援助 口: 援助 口:	全面依存 全面依存 全面依存 全面依存
・金銭管理・買物・	□自発的(□自発的(□部分的 □部分的			ての援助 ての援助		
・服薬管理 ・対人関係	□自発的(□自発的(□部分的 □部分的			ての援助 ての援助		
・身辺の安全保持・危機対応	□自発的Ⅰ		口部分的			の援助		
・社会的手続きや公共施設の利用 ・趣味・娯楽への関心			□部分的 □部分的			ての援助 ての援助		
・交通手段の利用		こできる	口部分的			の援助		
◎先月と比較して、【改善・不変・悪								
(6)各種サービス利用状況(支持 ・精神障害者保健福祉手帳(□1級、□ ・障害年金(□1級、□2級、□3級、 ・障害程度/支援区分(□区分1、□Ⅰ ・要介護認定(□要支援1、□要支援 □申請中、□非該当、 ・障害者総合支援法等に規定する各種	□2 級、□3 □申請中、 区分 2、□区 2、□要介護 □申請なし)	級、□申請 □非該当、 ☑分 3、□区 ☑1、□要介	□申請なし 分 4、□区 護 2、□要) 分 5、□[介護 3、[区分6、	□申請中、		≒、□申請なし)
(7) 再発予防・健康維持のための □病気への理解 □体力向上 □食事 □就労・就学 □その他(日常生活の	管理 □	趣味・娯	呉楽への関	心)	

(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は									
2. 障害者総合支援法等に規定する □重度訪問介護【 回/週】 □	口行動援護【 回/週】 口グループホーム【 回/週】、 宅介護(ホームヘルプ)【 回/週又】 口地域活動支援センター【 回/週								
(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									
] 月 日()、 月 日()、 月 日()								
	月日()、月日()、月日()、月日()								
□「精神科訪問看護、精神科訪問看記 訪問予定日: 月 日()[担当 月 日()[担当	自]、月日()[担当]、月日() [担当								
月 日()[担当 月 日()[担当	4]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当 4]、 月 日()[担当]、 月 日()[担当								
月 日()[担当 (13)(7)~(11)を達成する									
□「病気の症状・お薬について」 支援計画(
口「看護・介護について」 支援計画(担当者/職種								
口「社会生活機能の回復について」 支援計画(担当者/職種								
口「社会資源について」 支援計画(担当者/職種								
ロ「その他行うべき支援」 支援計画(担当者/職種								
 - 本人・家族氏名:									
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·									

医療機関所在地 <u>:</u>	診療担当科名 <u>:</u>	
名	医師氏名 (自署又は記名押印)	
電 話 番 号:		P
緊急時電話番号 <u>:</u>		