

# 児童・思春期精神医療入院診療計画書

|            |       |      |                    |
|------------|-------|------|--------------------|
| 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. 發育・社会的環境

|  |                    |                               |           |
|--|--------------------|-------------------------------|-----------|
| 発達・生育歴<br><input type="checkbox"/> 特記事項なし<br><input type="checkbox"/> あり | 家族構成：<br>（同居家族を含む） | 社会的環境：<br>a. 就学状況             | c. 職歴     |
|  |                    | b. 教育歴<br>（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<br>形態 | <input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院<br><input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他 |
| 主<br>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（ ）<br>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<br>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<br>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<br><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 )

|  |   |  |
|--|---|--|
| 予定治療期間 ( 週間/月 )<br>本人の希望 :<br><br>家族の希望 :<br><br>目標の設定 :<br><br>同意事項 :<br><input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定<br><input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善<br><input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善<br><input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立<br><input type="checkbox"/> 社会復帰<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 基本方針 :<br><br>  |  |
|  | 治療と検査 :<br>A. 治療 :<br>精神療法 :<br><input type="checkbox"/> 個人精神療法 :    回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 :    回/週<br><input type="checkbox"/> 認知行動療法 :    回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 :            回/週<br>薬物療法 :<br><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<br><input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>B. 検査 :<br>理化学検査 :<br><input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X 線<br><input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>心理検査 :<br><input type="checkbox"/> 知能検査 ( )<br><input type="checkbox"/> 性格検査 ( ) |  |
| 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 )    隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |   |  |
| 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |  |

### Ⅳ. 家族へのアプローチ

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

### Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

|   |  |
|---|--|
| 入院中の教育的配慮 :<br><input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学)<br><input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級<br><input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 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<br><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 ( )<br><input type="checkbox"/> 現状での問題点 ( )<br><input type="checkbox"/> 今後の方向性 ( ) |
|---|--|

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)