

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・平・令 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<br>□特記事項なし<br>□あり | 家族構成 :<br>(同居家族を含む) | 社会的環境 :                        | c. 職歴     |
|                          |                     | a. 就学状況<br>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   | 年 月 日 ( 曜日)     | 入 院<br>形 態 | □任意入院 □医療保護入院<br>□措置入院 □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 : □多動 □寡動 □常同症 □拒絶症 □奇妙な動作 ( )<br>b. 表 情 : □不安・恐怖・心配 □憂うつ □怒り・敵意 □無表情<br>c. 話 し 方 : □緘黙 □不明瞭 □吃音 □反響言語<br>d. そ の 他 : □睡眠障害 □食行動異常 □排泄障害 □習癖異常 |                 |            |                             |
| B. 情 緒 : □不安定 □無感情 □怒り・敵意 □不安・恐怖・心配 □高揚 □抑うつ気分 □感情の不調和  |                 |            |                             |
| C. 対 人 関 係 : □ひきこもり □自己中心的 □他罰的 □共感性欠如  |                 |            |                             |
| D. 知的機能 : □注意散漫 □興味限局 □記憶障害 □知的障害 □学習 (能力) 障害   |                 |            |                             |
| E. 意 識 : □見当識障害 □意識障害   |                 |            |                             |
| F. 意 欲 : □消極性 □意欲減退 □無為 □意欲亢進   |                 |            |                             |
| G. 行 為 : □自傷 □他害・暴行 □盗み □器物破損   |                 |            |                             |
| H. 知 覚 : □錯覚 □幻覚  |                 |            |                             |
| I. 思 考 : □心気症 □強迫観念・行為 □恐怖症 □自殺念慮・自殺企図 □離人体験 □病的な空想 □作為体験<br>□罪業妄想 □被害・関係妄想 □その他の妄想 ( ) □連合障害   |                 |            |                             |
| J. そ の 他 : □病識欠如 □不登校 □計画的な行動がとれない □衝動コントロールの欠如 □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><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 |
|   | <br>     |

### 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。            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)