

フリガナ 氏 名		生年 月 日	明治・大正 昭和・平成・令和	年 月 日 (歳)	性別	男・女
(1) 病名 主たる精神障害： 従たる精神障害： 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： 年 月 日 ・入院期間： 年 ヶ月 ・入院形態：□任意 □医療保護 □措置（緊急措置含） □応急 □医療観察法 ・退院時 GAF () ・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（施設名： ） □その他（ ） ◎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 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・移乗 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・食事 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・トイレの使用 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・入浴 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・衣服の着脱 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 3. 日常生活能力の判定 ・適切な食事摂取 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・身の辺の清潔保持・規則正しい生活 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・金銭管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・買物 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・服薬管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・対人関係 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・身の辺の安全保持・危機対応 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・交通手段の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】						
(6) 各種サービス利用状況（支援計画策定時点） ・精神障害者保健福祉手帳（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害年金（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害程度／支援区分（□区分 1、□区分 2、□区分 3、□区分 4、□区分 5、□区分 6、□申請中、□非該当、□申請なし） ・要介護認定（□要支援 1、□要支援 2、□要介護 1、□要介護 2、□要介護 3、□要介護 4、□要介護 5、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 □有 □無						
(7) 再発予防・健康維持のための目標（1 ヶ月後） □病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □日常生活の管理 □趣味・娯楽への関心 □就労・就学 □その他（ ）						

(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ビス 1. 精神科医療 □精神科通院（当院、他院） □精神科デイケア □精神科デイナイトケア、□精神科ナイトケア 2. 障害者総合支援法等に規定するサービス □重度訪問介護【 回／週】 □行動援護【 回／週】 □グループホーム【 回／週】 □生活介護【 回／週】 □居宅介護（ホームヘルプ）【 回／週】 □地域活動支援センター【 回／週】 □保健所による訪問【 回／週】 □その他サービス（ ）【 回／週】 3. その他（ ）
(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
(12) 訪問予定日 □「訪問診療」 [担当] 訪問予定日： 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日()、 月 日() □「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」 訪問予定日： 月 日() [担当]、 月 日() [担当]、 月 日() [担当] 月 日() [担当]、 月 日() [担当]、 月 日() [担当] 月 日() [担当]、 月 日() [担当]、 月 日() [担当] 月 日() [担当]、 月 日() [担当]、 月 日() [担当]
(13) (7) ～ (11) を達成するための、具体的な支援計画 □「病気の症状・お薬について」 担当者／職種 支援計画 () □「看護・介護について」 担当者／職種 支援計画 () □「社会生活機能の回復について」 担当者／職種 支援計画 () □「社会資源について」 担当者／職種 支援計画 () □「その他行うべき支援」 担当者／職種 支援計画 ()
本人・家族氏名： 医師： 看護師： 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： 診療担当科名：
名 称： 医師氏名 （ 自署又は記名押印 ）
電 話 番 号： ⑩
緊急時電話番号：