

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 □特記事項なし □あり	家族構成 : (同居家族を含む)	社会的環境 :	c. 職歴
		a. 就学状況 b. 教育歴 (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 形 態	□任意入院 □医療保護入院 □措置入院 □その他
主 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 () b. 表 情 : □不安・恐怖・心配 □憂うつ □怒り・敵意 □無表情 c. 話 し 方 : □緘黙 □不明瞭 □吃音 □反響言語 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 □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) 本人の希望 : 家族の希望 : 目標の設定 : 同意事項 : <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 ()	基本方針 : 治療と検査 : A. 治療 : 精神療法 : <input type="checkbox"/> 個人精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 : 回/週 薬物療法 : <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 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他 () B. 検査 : 理化学検査 : <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X 線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 () 心理検査 : <input type="checkbox"/> 知能検査 () <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 <input type="checkbox"/> その他 ()		

Ⅳ. 家族へのアプローチ

面接 : <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 ()) <input type="checkbox"/> 本人との同席面接 : 回/週・月 その他 : <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 : <input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学) <input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級 <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 <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 () <input type="checkbox"/> 現状での問題点 () <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)