

療養生活環境の整備に関する支援計画書

氏名： 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日（ 歳）
主治医： 看護師・保健師： 精神保健福祉士：

参加者
☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 主治医 ☐ 看護師・保健師 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 薬剤師 ☐ 作業療法士 ☐ 公認心理師
☐ 訪問看護ステーション ☐ 行政機関 ☐ その他（ ）

本人の目標（したい又はできるようにしたい生活の希望） 今回の支援計画における目標

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| 評価項目 | 支援の 必要性 | 課題内容 本人の希望 | 本人の実施事項 (※1) | 支援者の実施事項 (※1) | 支援者 (機関名・担当者名・連絡先) |
|------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| 環境要因 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 生活機能 (活動) | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 社会参加 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 心身の状態 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 支援継続に 関する課題 (※2) | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 行動に関する課題 (※3) | <input type="checkbox"/> | | | | |

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること
(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

| 調子が悪くなってきたときのサイン | |
|------------------|-------------|
| 自分でわかるサイン | 周りの人が気づくサイン |
| サインに気づいたときにすること | |
| 自分がすること | 周りの人がすること |

緊急連絡先：氏名 所属 連絡先
緊急連絡先：氏名 所属 連絡先
緊急連絡先：氏名 所属 連絡先

署名 本人： 主治医： 担当者：