

(別紙様式51の2)

計画作成日： 年 月 日

計画見直し予定日： 年 月 日

療養生活の支援に関する計画書

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 ☐ 指定特定相談支援事業所 ☐ 障害福祉サービス事業所

☐ 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：