

(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<br>必要性               | 課題内容<br>本人の希望 | 本人の実施事項<br>(※1) | 支援者の実施事項<br>(※1) | 支援者<br>(機関名・担当者名・連絡先) |
|------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| 環境要因                   | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |
| 生活機能<br>(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<br>関する課題<br>(※2) | <input type="checkbox"/> |               |                 |                  |                       |
| 行動に関する課題<br>(※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：