

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なりたい生活の希望）

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：_____