

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：