

フリガナ氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成・令和	年	月	日	(歳)	性別	男・女
(1) 病名 主たる精神障害： 従たる精神障害： 身体合併症：									
(2) 直近の入院状況 ・直近の入院日： 年 月 日 ・退院日： 年 月 日 ・入院期間： 年 ヶ月 ・入院形態： <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 措置(緊急措置含) <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療観察法 ・退院時 GAF ( ) ・通院困難な理由 ( )									
(3) 現在の病状、状態像等(本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載)									
本人									
医療者									
(4) 処方内容									
(5) 生活能力の状態 1. 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入所(施設名： ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ◎家族の協力体制 【あり・困難】 2. 日常生活動作(ADL) ・ベッド上の可動性 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・トイレの使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 3. 日常生活能力の判定 ・適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の清潔保持・規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・金銭管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・買物 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・服薬管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・対人関係 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】									
(6) 各種サービス利用状況(支援計画策定時点) ・精神障害者保健福祉手帳( <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・障害年金( <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・障害程度／支援区分( <input type="checkbox"/> 区分1、 <input type="checkbox"/> 区分2、 <input type="checkbox"/> 区分3、 <input type="checkbox"/> 区分4、 <input type="checkbox"/> 区分5、 <input type="checkbox"/> 区分6、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・要介護認定( <input type="checkbox"/> 要支援1、 <input type="checkbox"/> 要支援2、 <input type="checkbox"/> 要介護1、 <input type="checkbox"/> 要介護2、 <input type="checkbox"/> 要介護3、 <input type="checkbox"/> 要介護4、 <input type="checkbox"/> 要介護5、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
(7) 再発予防・健康維持のための目標(1ヶ月後) <input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 日常生活の管理 <input type="checkbox"/> 趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> その他 ( )									

(8) 今後必要とされる収入源 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 家族からの援助 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(9) 今後必要とされる各種のサービス 1. 精神科医療 <input type="checkbox"/> 精神科通院(当院、他院) <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科デイナイトケア、 <input type="checkbox"/> 精神科ナイトケア 2. 障害者総合支援法等に規定するサービス <input type="checkbox"/> 重度訪問介護【 回／週】 <input type="checkbox"/> 行動援護【 回／週】 <input type="checkbox"/> グループホーム【 回／週】 <input type="checkbox"/> 生活介護【 回／週】 <input type="checkbox"/> 居宅介護(ホームヘルプ)【 回／週】 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター【 回／週】 <input type="checkbox"/> 保健所による訪問【 回／週】 <input type="checkbox"/> その他サービス ( )【 回／週】 3. その他 ( )
(10) 連携すべき関係機関 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標
(12) 訪問予定日 <input type="checkbox"/> 「訪問診療」 [担当 ] 訪問予定日： 月 日( )、 月 日( )、 月 日( )、 月 日( )、 月 日( )  <input type="checkbox"/> 「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」 訪問予定日： 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ] 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ] 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ] 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ]、 月 日( )[担当 ]
(13) (7)～(11)を達成するための、具体的な支援計画  <input type="checkbox"/> 「病気の症状・お薬について」 担当者／職種 支援計画 ( )  <input type="checkbox"/> 「看護・介護について」 担当者／職種 支援計画 ( )  <input type="checkbox"/> 「社会生活機能の回復について」 担当者／職種 支援計画 ( )  <input type="checkbox"/> 「社会資源について」 担当者／職種 支援計画 ( )  <input type="checkbox"/> 「その他行うべき支援」 担当者／職種 支援計画 ( )
本人・家族氏名： 医師： 看護師： 作業療法士： 精神保健福祉士： その他関係職種：

医療機関所在地： 診療担当科名：
名称： 医師氏名 ( 自署又は記名押印 )
電話番号： ⑩
緊急時電話番号：