

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：□任意 □医療保護 □措置（緊急措置含） □応急 □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 □独居 □家族等と同居 □入所（施設名： ） □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 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・移乗 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・食事 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・トイレの使用 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・入浴 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □全面依存 ・衣服の着脱 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大の援助 □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 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・身の辺の清潔保持・規則正しい生活 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・金銭管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・買物 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・服薬管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・対人関係 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・身の辺の安全保持・危機対応 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ・交通手段の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】						
4. 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準						
・該当するコア項目： ・導入基準の点数： 点（該当する項目：）						
(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（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害年金（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし） ・障害程度／支援区分（□区分 1、□区分 2、□区分 3、□区分 4、□区分 5、□区分 6、□申請中、□非該当、□申請なし） ・要介護認定（□要支援 1、□要支援 2、□要介護 1、□要介護 2、□要介護 3、□要介護 4、□要介護 5、 □申請中、□非該当、□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 □有 □無						
(7) 再発予防・健康維持のための目標（1 ヶ月後）						
□病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □日常生活の管理 □趣味・娯楽への関心 □就労・就学 □その他（ ）						

[illegible]

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：	_____ (印)
緊急時電話番号：_____	