

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 ケ月									
・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 ケ月後）									
□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（_____）									

( 8 ) 今後必要とされる収入源	
□ 不要 □就労 □家族からの援助 □障害年金 □老齢基礎年金 □生活保護 □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	
□精神科通院（当院、他院） □精神科デイケア □精神科デイナイトケア、□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	
□重度訪問介護【 _____ 回／週】 □行動援護【 _____ 回／週】 □グループホーム【 _____ 回／週】	
□生活介護【 _____ 回／週】 □居宅介護（ホームヘルプ）【 _____ 回／週】 □地域活動支援センター【 _____ 回／週】	
□保健所による訪問【 _____ 回／週】 □その他サービス（_____）【 _____ 回／週】	
3. その他（_____）	
( 1 0 ) 連携すべき関係機関	
□保健所 □精神保健福祉センター □市町村 □相談支援事業所 □居宅介護支援事業所	
□その他（_____）	
( 1 1 ) この 1 ケ月間での本人・家族の希望、回復への目標	
( 1 2 ) 訪問予定日	
□「訪問診療」 [担当 _____]	
訪問予定日： 月 日 ( )、 月 日 ( )、 月 日 ( )、 月 日 ( )、 月 日 ( )	
□「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 _____]	
( 1 3 ) ( 7 ) ～ ( 1 1 ) を達成するための、具体的な支援計画	
□「病気の症状・お薬について」 _____ 担当者／職種 _____	
支援計画（_____）	
□「看護・介護について」 _____ 担当者／職種 _____	
支援計画（_____）	
□「社会生活機能の回復について」 _____ 担当者／職種 _____	
支援計画（_____）	
□「社会資源について」 _____ 担当者／職種 _____	
支援計画（_____）	
□「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：_____	_____ ㊞
緊急時電話番号：_____	