

児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭・平・令 年 月 日生 (歳)
診断名(状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成： (同居家族を含む)	社会的環境：	c. 職歴
		a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴：)	d. 交友関係など

II. 入院時の状況

入院年月日	年 月 日 (曜日)	入院形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 措置入院	<input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> その他
主訴	患者： 家族(父・母・その他)：			

特別な栄養管理の必要性： 有 • 無

症状 および 問題行動：

- A. 行動： a. 動き：多動 寡動 常同症 拒絶症 奇妙な動作 ()
 b. 表情：不安・恐怖・心配 憂うつ 怒り・敵意 無表情
 c. 話し方：緘默 不明瞭 吃音 反響言語
 d. その他：睡眠障害 食行動異常 排泄障害 習癖異常
- B. 情緒：不安定 無感情 怒り・敵意 不安・恐怖・心配 高揚 抑うつ気分 感情の不調和
- C. 対人関係：ひきこもり 自己中心的 他罰的 共感性欠如
- D. 知的機能：注意散漫 興味限局 記憶障害 知的障害 学習(能力)障害
- E. 意識：見当識障害 意識障害
- F. 意欲：消極性 意欲減退 無為 意欲亢進
- G. 行為：自傷 他害・暴行 盗み 器物破損
- H. 知覚：錯覚 幻覚
- I. 思考：心気症 強迫観念・行為 恐怖症 自殺念慮・自殺企図 離人体験 病的な空想 作為体験
 罪業妄想 被害・関係妄想 その他の妄想 () 連合障害
- J. その他：病識欠如 不登校 計画的な行動がとれない 衝動コントロールの欠如 主体性の未確立

具体的な事柄：

(※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

III. 治療計画

(患者氏名)

予定治療期間 (週間/月)	基本方針 :	
	本人の希望 :	
家族の希望 :	治療と検査 :	
	A. 治療 : 精神療法 : <input type="checkbox"/> 個人精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法 : 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 : 回/週	
目標の設定 :	薬物療法 : <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗躁薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	B. 檢査 : 理化学検査 : <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 () 心理検査 : <input type="checkbox"/> 知能検査 () <input type="checkbox"/> 性格検査 ()	
同意事項 : <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 ()		隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
行動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他)		退院後の目標 : <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()

IV. 家族へのアプローチ

面接 : <input type="checkbox"/> 家族面接 : 回/週・月 (<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 本人との同席面接 : 回/週・月	具体的アプローチ
その他 : <input type="checkbox"/> 家族療法 : 回/週・月 <input type="checkbox"/> その他 : 回/週・月	

V. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : <input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学) <input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級 <input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 ()	学校への具体的アプローチ : <input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 現状での問題点 () <input type="checkbox"/> 今後の方向性 ()
---	--

上記説明を受けました。

年 月 日 本人サイン _____ 保護者サイン _____

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)