

児童思春期支援指導加算 支援計画書

患者氏名		生年月日	
------	--	------	--

初診日	
診断名（状態像名）	
症状および問題行動 本人の得意なこと 本人の苦手なこと	
発達・社会的環境	<p>家族構成 :</p> <p>発達・生育歴 :</p> <p>社会的環境（就学状況や対人関係など）:</p>
方針・支援計画	
本人・家族との面接	<input type="checkbox"/> 本人との面接 : 回／週・月 <input type="checkbox"/> 家族面接 : 回／週・月 (□父親 □母親 □その他 ())
他の機関との連携	<input type="checkbox"/> あり (□本人の同意 □保護者の同意) ・ □なし <p><連携先></p> <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> スクールカウンセラー <input type="checkbox"/> スクールソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 児童相談所職員 <input type="checkbox"/> 市町村担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()
予想される支援の期間	<p>本人の希望 :</p> <p>家族の希望 :</p> <p>目標の設定 : (週間・月)</p>
備考	

計画作成日(見直し予定日)担当医担当者（職種）本人・家族