

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

上記説明を受けました。 平成 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)