

療養生活の支援に関する計画書

氏名： _____ 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)

主治医： _____ 看護師・保健師： _____ 精神保健福祉士： _____

参加者

- 本人 家族 主治医 看護師・保健師 精神保健福祉士 薬剤師 作業療法士 公認心理師
- 訪問看護ステーション 行政機関 指定特定相談支援事業所 障害福祉サービス事業所
- その他 (_____)

本人の目標 (したい又はできるようにしたい生活の希望)

今回の支援計画における目標

--	--

評価項目	支援の必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能 (活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援継続に 関する課題 (※2)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する課題 (※3)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること

(※2) 病状の理解の程度や自己管理等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人がすること

緊急連絡先： 氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

緊急連絡先： 氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

緊急連絡先： 氏名 _____ 所属 _____ 連絡先 _____

署名 本人： _____ 主治医： _____ 担当者： _____