

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	家族構成： 発達・生育歴： 社会的環境（就学状況や対人関係など）：
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 (<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ())
他の機関との連携	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意)・ <input type="checkbox"/> なし <連携先> <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	本人の希望： 家族の希望： 目標の設定： (週間・月)
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