

フリガナ 氏名	生年 月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
<b>(1) 病名</b> 主たる精神障害: _____ 従たる精神障害: _____ 身体合併症: _____				
<b>(2) 直近の入院状況</b> ・直近の入院日: 年 月 日・退院日: 年 月 日・入院期間: 年 ヶ月 ・入院形態: <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 措置(緊急措置含) <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療観察法・退院時 GAF ( ) ・通院困難な理由 ( )				
<b>(3) 現在の病状、状態像等(本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載)</b>				
本人				
医療者				
<b>(4) 処方内容</b>				
<b>(5) 生活能力の状態</b> 1. 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入所(施設名: ) <input type="checkbox"/> その他( ) ◎家族の協力体制 【あり・困難】 2. 日常生活動作(ADL) ・ベッド上の可動性 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・トイレの使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 3. 日常生活能力の判定 ・適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の清潔保持・規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・金銭管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・買物 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・服薬管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・対人関係 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 4. 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準 ・該当するコア項目: _____ ・導入基準の点数: _____点(該当する項目: _____)				
<b>(6) 各種サービス利用状況(支援計画策定時点)</b> ・精神障害者保健福祉手帳(□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害年金(□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害程度/支援区分(□区分1、□区分2、□区分3、□区分4、□区分5、□区分6、□申請中、□非該当、□申請なし) ・要介護認定(□要支援1、□要支援2、□要介護1、□要介護2、□要介護3、□要介護4、□要介護5、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<b>(7) 再発予防・健康維持のための目標(1ヶ月後)</b> <input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 日常生活の管理 <input type="checkbox"/> 趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> その他( )				

**(8) 今後必要とされる収入源**  
不要 就労 家族からの援助 障害年金 老齢基礎年金 生活保護 その他( )

**(9) 今後必要とされる各種のサービス**  
1. 精神科医療  
精神科通院(当院、他院) 精神科デイケア 精神科デイナイトケア、精神科ナイトケア  
2. 障害者総合支援法等に規定するサービス  
重度訪問介護【 回/週】 行動援護【 回/週】 グループホーム【 回/週】  
生活介護【 回/週】 居宅介護(ホームヘルプ)【 回/週】 地域活動支援センター【 回/週】  
保健所による訪問【 回/週】 その他サービス( )【 回/週】  
3. その他( )

**(10) 連携すべき関係機関**  
保健所 精神保健福祉センター 市町村 相談支援事業所 居宅介護支援事業所  
その他( )

**(11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標**

**(12) 訪問予定日**  
「訪問診療」 [担当 ]  
訪問予定日: 月 日( )、 月 日( )、 月 日( )、 月 日( )、 月 日( )

「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」  
訪問予定日: 月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]  
月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]  
月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]  
月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]  
月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]、 月 日( ) [担当 ]

**(13) (7)～(11)を達成するための、具体的な支援計画**

「病気の症状・お薬について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画( )

「看護・介護について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画( )

「社会生活機能の回復について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画( )

「社会資源について」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画( )

「その他行うべき支援」 担当者/職種 \_\_\_\_\_  
支援計画( )

本人・家族氏名: \_\_\_\_\_  
医師: \_\_\_\_\_ 看護師: \_\_\_\_\_  
作業療法士: \_\_\_\_\_ 精神保健福祉士: \_\_\_\_\_  
その他関係職種: \_\_\_\_\_

医療機関所在地: \_\_\_\_\_ 診療担当科名: \_\_\_\_\_  
名 称: \_\_\_\_\_ 医師氏名: \_\_\_\_\_  
電 話 番 号: \_\_\_\_\_

**緊急時電話番号:** \_\_\_\_\_