

## 入院診療計画書

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

|                                      |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| 病棟 (病室)                              |                     |
| 主治医以外の担当者名                           |                     |
| 選任された<br>退院後生活環境相談員の氏名               |                     |
| 病 名<br>(他に考え得る病名)                    |                     |
| 症 状                                  |                     |
| 治 療 計 画                              |                     |
| 検 査 内 容 及 び 日 程                      |                     |
| 手 術 内 容 及 び 日 程                      |                     |
| 推定される入院期間<br>(うち医療保護入院による入院期間)       | (うち医療保護入院による入院期間： ) |
| 特別な栄養管理の必要性                          | 有 ・ 無 (どちらかに○)      |
| そ の 他<br>・看護計画<br>・リハビリテーション<br>等の計画 |                     |
| 退院に向けた取組                             |                     |
| 総合的な機能評価 ◇                           |                     |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注4) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

# 児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

|           |       |      |                       |
|-----------|-------|------|-----------------------|
| 患 者 氏 名   | (男・女) | 生年月日 | 昭和・平成<br>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

|                                                                                 |                            |                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------|
| <b>発達・生育歴</b><br><input type="checkbox"/> 特記事項なし<br><input type="checkbox"/> あり | <b>家族構成 :</b><br>(同居家族を含む) | <b>社会的環境 :</b><br>a. 就学状況 | c. 職歴     |
|                                                                                 |                            | b. 教育歴<br>(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<br>形 態 | <input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院<br><input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他 |
| 主<br>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 ( )<br>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<br>c. 話 し 方 : <input type="checkbox"/> 緘黙 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 反響言語<br>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<br><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 | 臨床心理技術者 | その他 |
|     |     |         |         |     |

### Ⅲ. 治療計画

(患者氏名

)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>推定される入院期間 ( 週間/月)</b><br/>(うち医療保護入院による入院期間: _____)</p> <p>本人の希望:</p> <p>家族の希望:</p> <p>目標の設定:</p> <p><b>同意事項:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 検査                      <input type="checkbox"/> 診断の確定</p> <p><input type="checkbox"/> 薬物療法の調整      <input type="checkbox"/> 精神症状の改善</p> <p><input type="checkbox"/> 問題行動の改善      <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善</p> <p><input type="checkbox"/> 家族関係の調整      <input type="checkbox"/> 主体性の確立</p> <p><input type="checkbox"/> 社会復帰</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> | <p><b>基本方針:</b></p> <p><b>治療と検査:</b></p> <p>A. 治療:</p> <p>精神療法:</p> <p><input type="checkbox"/> 個人精神療法:      回/週    <input type="checkbox"/> 集団精神療法:      回/週</p> <p><input type="checkbox"/> 認知行動療法:      回/週    <input type="checkbox"/> 生活療法:              回/週</p> <p>薬物療法:</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 抗てんかん薬   <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>B. 検査:</p> <p>理化学検査:</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査   <input type="checkbox"/> 心電図   <input type="checkbox"/> 脳波   <input type="checkbox"/> X 線</p> <p><input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査   <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>心理検査:</p> <p><input type="checkbox"/> 知能検査 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 性格検査 ( )</p> |
| <p><b>行動制限:</b> <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他 )    <b>隔離室・個室使用:</b> <input type="checkbox"/> なし   <input type="checkbox"/> あり</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>選任された退院後生活環境相談員の氏名</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>退院後の目標:</b>    <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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

### Ⅳ. 家族へのアプローチ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <p><b>面接:</b></p> <p><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 ( ) )</p> <p><input type="checkbox"/> 本人との同席面接:              回/週・月</p> <p><b>その他:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 家族療法:              回/週・月      <input type="checkbox"/> その他:              回/週・月</p> | <p>具体的アプローチ</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|

### Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>入院中の教育的配慮:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学)</p> <p><input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学   <input type="checkbox"/> 訪問学級</p> <p><input type="checkbox"/> 通信教育   <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> | <p><b>学校への具体的アプローチ:</b>    <input type="checkbox"/> 本人の同意   <input type="checkbox"/> 保護者の同意</p> <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"/> その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 現状での問題点 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 今後の方向性 ( )</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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、臨床心理技術者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)