

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月 日

患者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日(歳)										
主治医		病院名称		担当職員											
診断		既往症													
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終入院 年 月 ~ 年 月 施設名:)														
DC利用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終入院 年 月 ~ 年 月 施設名:)														
サービス利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援医療 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>申請中(月頃の見込み) ・障害者手帳 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>申請中(月頃の見込み) ・障害年金 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 級 <input type="checkbox"/>申請中(月頃の見込み) 														
生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護制度 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>申請中(月頃の見込み) ・グループホーム <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>申請中(月頃の見込み) ・同居者 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (人暮らし) 父 母 兄弟姉妹 祖父 祖母 他 														
現在の状況 <small>(症状・治療内容等)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・病識・理解 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし ・通院継続 <input type="checkbox"/>安定 <input type="checkbox"/>不規則 ・陽性症状 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (幻覚・妄想 奇異行動 多弁・多動 暴言 浪費 興奮 衝動行為) その他() ・陰性症状 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (抑うつ気分 思考・運動制止 無為 引籠り 意欲の減退) その他() ・希死念慮 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・自殺企図 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・乱用・依存 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (アルコール 薬物 その他) 														
デイ・ケア利用目的	<input type="checkbox"/> 生活リズムの改善・安定 <input type="checkbox"/> 再発の防止 <input type="checkbox"/> 対人交流の訓練 <input type="checkbox"/> 就労・復学を目指す <input type="checkbox"/> その他														
デイ・ケア内容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>月</td> <td>火</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 特記事項					月	火	木	金	土					
月	火	木	金	土											
デイ・ケア目標	短期目標(概ね3ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 規則正しい生活をする <input type="checkbox"/> プログラムに参加してみる <input type="checkbox"/> 服薬週刊をつける <input type="checkbox"/> 集団生活に慣れる <input type="checkbox"/> その他 長期目標(概ね1年以内) <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 定期的なプログラムへの参加 <input type="checkbox"/> 人間関係の構築 <input type="checkbox"/> 就労・復学を目指す <input type="checkbox"/> その他														

年 月 日

住所:

氏名:

自署又は記名・押印