

児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 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

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成: (同居家族を含む)	社会的環境: a. 就学状況	c. 職歴
		b. 教育歴 (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 形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他
主 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 () 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 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 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 <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 _____)

予定治療期間 (_____ 週間/月) 本人の希望： 家族の希望： 目標の設定： 同意事項： <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	基本方針：
	治療と検査： A. 治療： 精神療法： <input type="checkbox"/> 個人精神療法： _____ 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法： _____ 回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法： _____ 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法： _____ 回/週 薬物療法： <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 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他 (_____) B. 検査： 理化学検査： <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 心理検査： <input type="checkbox"/> 知能検査 (_____) <input type="checkbox"/> 性格検査 (_____)
行動制限： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他 _____) 隔離室・個室使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
退院後の目標： <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 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

Ⅳ. 家族へのアプローチ

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

Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

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

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)

栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

患者氏名	患者ID	性：男・女	年齢	歳	入院日	年 月 日	
病棟	主治医	NST患者担当者			初回回診日	年 月 日	
NST回診実施者名	医師	看護師	薬剤師		管理栄養士		
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士	臨床検査技師	PT・OT・ST MSWIほか		NST専従者氏名		
現疾患		褥瘡	なしあり()	嚥下障害	なしあり()	前回回診日 年 月 日	
その他の合併疾患※1		感染症	なしあり()	社会的問題点	なしあり()	回診日 年 月 日	
身長	cm	現体重	浮腫有□無□ Kg	BMI:	標準体重 (BMI=22) Kg	通常時体重 Kg	
栄養評価	主観的栄養評価	アルブミン (g/dL)	リンパ球数 (/mm ³)	ヘモグロビン (g/dL)	中性脂肪 (mg/dL)	トランスサイレチン (TTR:プレアルブミン) (mg/dL)	総合評価 (栄養障害の程度)
	良・普通・悪	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	良・軽度・中等度・高度
前回との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪
栄養管理法							
経口栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 (濃厚流動食・経腸栄養剤)	経腸栄養※2	<input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 経鼻() <input type="checkbox"/> 胃瘻() <input type="checkbox"/> 腸瘻()	経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)		
栄養投与法の推移(前回との比較) (例:経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養)			<input type="checkbox"/> 無 () → ()				
投与組成・投与量(該当無しの場合□にチェックを入れること)							
	水分量 (ml/日)	エネルギー (kcal/日)	たんぱく質/アミノ酸(g/日)				
前回栄養管理プラン※3	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
実投与量	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
投与バランス※4	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
新規栄養管理プラン	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
栄養管理上の注意点・特徴※5							
活動状況・評価							
他チームとの連携状況	嚥下障害チーム (あり なし)	褥瘡対策チーム (あり なし)	感染対策チーム (あり なし)	緩和ケアチーム (あり なし)	その他のチーム (チーム)		
治療法の総合評価※6	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 2. 血液学的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 3. 摂食・嚥下状態: 改善度 5・4・3・2・1 4. 褥瘡: 改善度 5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力: 改善度 5・4・3・2・1 6. 7.				コメント※8 【入院中・転院・退院】:		
【 】 ①改善 ②不変 ③増悪							

※1: 褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2: 投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。

※3: 初回時には記載を要しない。

※4: 必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※5: 栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※6: 栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※7: 評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5: 極めて改善」「4: 改善」「3: 不変」「2: やや悪化」「1: 悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※8: 治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあっては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日:平成 年 月 日
計画日:平成 年 月 日
変更日:平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者	

注)上記内容は、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。

(病棟退院支援計画担当者) 印

(退院調整部門退院支援計画担当者) 印

(本人)

