

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	
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)

(別紙様式 7)

亜急性期入院医療管理診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
在宅復帰支援担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注 1) 病名等は、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うるものである。

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。

(主治医氏名)

印

(別紙様式10)

日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点