

指定通院医療機関 治療評価シート(1ヶ月毎)

患者番号( ) シート番号( )

作成日

フリガナ		性別		生年月日		現在年齢	
本人氏名							
治療期		左記治療期の開始(年月日)					
保護観察所		社会復帰調整官				管理者	
指定入院 医療機関	通院開始年月日		施設名				
	多職種チームの担当者						
	医師		精神保健福祉士		看護師		
	臨床心理技術者		作業療法士		その他		
主診断(ICD)	( F )						
副診断(ICD)	( F )						
身体疾患(ICD)	( )						

1ヶ月間の特記すべき状態像、および、提供した多職種チームによる介入、および、その効果と問題点

医療機関 通院頻度と受療態度、服薬状況、訪問看護・指導、デイケア参加状況などを記す	効果と問題点

1ヶ月間の地域における生活状況等(日常生活、就労状況、対人関係など)

--

共通評価項目	要素	具体的要素	点	備考
	精神医学的要素		精神病症状	
		非精神病性症状		
		自殺企図		
個人心理的要素		内省・洞察		
		生活能力		
		衝動コントロール		
対人関係的要素		共感性		
		非社会性		
		対人暴力		
環境的要素		個人的支援		
		コミュニティ要因		
		ストレス		
		物質乱用		
		現実的計画		
治療的要素		コンプライアンス		
		治療効果		
		治療・ケアの継続性		
	合計得点			

1ヶ月間の総合評価	
-----------	--

本人のニーズ および 今後の治療目標と治療方針	本人のニーズ
	治療目標
	治療方針

会議参加者	(職種: )	(職種: )	(職種: )
	(職種: )	(職種: )	(職種: )
	(職種: )	(職種: )	(職種: )
	(職種: )	(職種: )	(職種: )
シート作成責任者	(職種: )	会議開催年月日	シート作成年月日