

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	
指定通院 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)		(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)

--

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:)	会議開催年月日
シート作成責任者	(職種:)		シート作成年月日