

様

担当医	薬剤師	心理士
担当看護師	精神保健福祉士	作業療法士



★担当者の名前を書いてください。

	1期 状態の把握	1期 状態の把握	2期 生活の安定	3期 退院に向けて
入院日 /	入院1週目 月 日	入院2週目 月 日	入院4週目 月 日	入院7週目から退院前 月 日
病気の理解	パンフレットで気分障害について知りましょう	心理教室に参加しましょう	心理教育に参加しましょう	自分の症状悪化時に対処しましょう
家族	パンフレットで気分障害について知りましょう	心理教育に参加し対処方法を理解しましょう	心理教育に参加し対処方法を理解しましょう	継続的なかわりの必要性を理解しましょう
治療	医師と面談し治療方針を確認しましょう			通院先を決めましょう
行動と入院生活	十分な休息を心がけましょう 身体がだるいときや気分のすぐれない時は 看護師に伝えましょう	休息を続けましょう 気分のよい時には積極的に作業療法に参加し、 生活のリズムを整えましょう	外出・外泊を始めましょう	外泊で退院後の生活を体験し 日常生活での不安な点を 確認・相談しましょう
作業療法	見学をしながら、 作業療法とはどんなものかを 把握しましょう	作業を通じて他の患者さまとコミュニケーションをとったり、何かに集中したりする時間を作り、気分転換を図りましょう。 今後自分がどのような生活を送っていきたいか、スタッフと話し合い共通の目標を作りましょう		自分の送りたいと思う生活をするためには これからどうすればいいのか考えてみましょう。
薬	今までの薬の整理と症状に合わせた薬物療法を始めます	薬剤師から薬の内容の説明を聞きましょう 症状の変化を評価し薬を調整します 内服の自己管理を始めましょう		退院後も継続的な服薬が必要です 服薬内容の疑問があれば入院中に解決しましょう
検査	採血・心電図・胸部レントゲン等の検査をします。 HAM-D / 点 DIEPSS / 点 POMS DAI-10 / 点 SAI-J / 点	HAM-D / 点 POMS	HAM-D / 点 POMS	HAM-D / 点 DIEPSS / 点 POMS DAI-10 / 点 SAI-J / 点
退院に向けて			必要時、ケースワーカーに相談しましょう	相談相手、利用サービスの確認をしましょう
食事	食事はきちんと食べていますか？ いいえ ■■■■■ はい	食事はきちんと食べていますか？ いいえ ■■■■■ はい	食事はきちんと食べていますか？ いいえ ■■■■■ はい	食事はきちんと食べていますか？ (誰かがやってくれますか？) できない ■■■■■ できる
排泄	排泄は自分でコントロールできていますか？ いいえ ■■■■■ はい	排泄は自分でコントロールできていますか？ いいえ ■■■■■ はい	排泄は自分でコントロールできていますか？ いいえ ■■■■■ はい	掃除はできていますか？ (誰かがやってくれていますか？) できない ■■■■■ できる
保清	お風呂は入っていますか？ いいえ ■■■■■ はい 洗濯はしていますか？ いいえ ■■■■■ はい 整理整頓はできていますか？ いいえ ■■■■■ はい 着替えはしていますか？ いいえ ■■■■■ はい	お風呂は入っていますか？ いいえ ■■■■■ はい 洗濯はしていますか？ いいえ ■■■■■ はい 整理整頓はできていますか？ いいえ ■■■■■ はい 着替えはしていますか？ いいえ ■■■■■ はい	お風呂は入っていますか？ いいえ ■■■■■ はい 洗濯はしていますか？ いいえ ■■■■■ はい 整理整頓はできていますか？ いいえ ■■■■■ はい 着替えはしていますか？ いいえ ■■■■■ はい	買い物はできていますか？ (誰かがやってくれていますか？) できない ■■■■■ できる
身体状況	身体の調子はどうですか？ わるい ■■■■■ よい	身体の調子はどうですか？ わるい ■■■■■ よい	身体の調子はどうですか？ わるい ■■■■■ よい	金銭管理 就労(就学)について不安はありますか？ ない ■■■■■ ある
精神症状	精神的な調子はどうですか？(不安・恐怖・イライラなど) わるい ■■■■■ よい	精神的な調子はどうですか？(不安・恐怖・イライラなど) わるい ■■■■■ よい	精神的な調子はどうですか？(不安・恐怖・イライラなど) わるい ■■■■■ よい	余暇を過ごす方法はありますか？ ない ■■■■■ ある
睡眠	夜は眠れていますか？(寝つきがわるい、途中で目が覚めるなど) いいえ ■■■■■ はい 眠れないときの対処はできていますか？ いいえ ■■■■■ はい	夜は眠れていますか？(寝つきがわるい、途中で目が覚めるなど) いいえ ■■■■■ はい 眠れないときの対処はできていますか？ いいえ ■■■■■ はい	夜は眠れていますか？(寝つきがわるい、途中で目が覚めるなど) いいえ ■■■■■ はい 眠れないときの対処はできていますか？ いいえ ■■■■■ はい	人間関係 家族や周りの人との関係に不安はありますか？ ない ■■■■■ ある 困ったときに相談できる人がいますか？ いない ■■■■■ いる
人間関係	人間関係で困っていますか？(他の患者さん、家族、スタッフなど) いいえ ■■■■■ はい 治療やケアで、不安や疑問に思うことはありますか？ いいえ ■■■■■ はい	人間関係で困っていますか？(他の患者さん、家族、スタッフなど) いいえ ■■■■■ はい 治療やケアで、不安や疑問に思うことはありますか？ いいえ ■■■■■ はい	人間関係で困っていますか？(他の患者さん、家族、スタッフなど) いいえ ■■■■■ はい 治療やケアで、不安や疑問に思うことはありますか？ いいえ ■■■■■ はい	対処 調子が悪いときの対処方法がわかりますか？ できない ■■■■■ できる 今後の治療について不安はありますか？ ない ■■■■■ ある