

様式 2-1. 包括的支援マネジメント 主治医用シート

本人氏名						記入日： 年 月 日						主治医氏名：						
【Ⅰ】 診断																		
1.1. 精神科主診断*				診断名：										F				
1.2. 精神科副診断				診断名：										F				
1.3. 精神科副診断				診断名：										F				
2.1. 重複診断*				☐ 精神作用物質使用 ☐ 知的障害 ☐ 発達障害 ☐ 認知症														
2.2. 管理が必要な 身体疾患*				代表的な身体疾患：（ ） （ ） （ ）														
【Ⅱ】 医師の所見 0=支援（治療）の必要なし、1=問題があるが、効果的な支援（治療）を受けている、 2=問題があり、効果的な支援（治療）を受けていない、9=不明																		
		0	1	2	9	特記												
D1*	精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	☐	☐	☐	☐	<u>機能・症状</u>												
D2*	身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	☐	☐	☐	☐													
D3*	心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	☐	☐	☐	☐													
D4	性的な問題：性嗜好の問題、性功能障害等	☐	☐	☐	☐													
E1*	処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	☐	☐	☐	☐	<u>治療・処方</u>												
E2*	治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	☐	☐	☐	☐													
F1*	アルコール：アルコールに関連する問題全般	☐	☐	☐	☐	<u>行動障害</u>												
F2*	薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	☐	☐	☐	☐													
F3*	自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	☐	☐	☐	☐													
F4*	他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	☐	☐	☐	☐													
F5*	その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	☐	☐	☐	☐													
O1	（ ）	☐	☐	☐	☐													
【Ⅲ】 機能等評価																		
1. Global Assessment of Functioning（GAF）							_____点											
2. その他の尺度 （ ）							_____点											
3. その他の尺度 （ ）							_____点											
総合評価（生活面での特記を含む）*																		

*記載が必要な項目