様式 1　精神科医定期的療養指導記録

実施日	年　月　日（ ） 時　分 ～　時　分	**実施方法**	☐ 対面　☐ オンライン
施設名		**指導医師名**	
参加職員（職種・氏名）			
対象者氏名		**生年月日**	年　月　日
年齢	歳	**性別**	☐ 男　☐ 女

1　問題となる精神症状・行動
2　精神科医による療養上の具体的な指導内容
3　療養指導後のケア方針の変更・追加事項
4　観察項目と次回の評価時期
5　配置医師（嘱託医）への連絡事項

6　療養指導で話題になった薬剤

薬剤名	期待する効果	主な副作用	注意すべき観察ポイント

記録者：　　確認者（施設）：

様式提供：Healthree 合同会社（精神保健指定医による特養向け療養指導）　自由に改変してお使いいただけます

記入例　精神科医定期的療養指導記録（記入例）

実施日	2026 年 11 月 11 日（水） 14 時 00 分 ～ 14 時 40 分	**実施方法**	□ 対面　　■ オンライン
施設名	特別養護老人ホーム ○○園	**指導医師名**	○○ ○○（精神保健指定医）
参加職員（職種・氏名）	看護師 ○○、介護福祉士 ○○、生活相談員 ○○		
対象者氏名	A さん（架空の事例）	**生年月日**	1940 年　4 月　1 日
年齢	86 歳	**性別**	□ 男　　■ 女

1　問題となる精神症状・行動

2 週間前から、夕方になると「家に帰る」と言って出口を探して歩き回る。止めようとすると大声を出す。夜間の入眠が遅く、日中にうとうとしている。

2　精神科医による療養上の具体的な指導内容

夕方に落ち着かなくなる背景として、日中の活動の少なさと昼寝の長さが考えられる。まず便秘・痛み・感染症などの体の不調がないかを確認する。帰宅を強く否定せず、話を聞いてから、本人が好む作業（洗濯物たたみ）に誘う。

3　療養指導後のケア方針の変更・追加事項

15 時頃から洗濯物たたみなどの役割を用意する。昼寝は 30 分以内とする。排便の記録を毎日つける。

4　観察項目と次回の評価時期

夕方に歩き回った時間と大声の回数、入眠時刻、排便の有無を毎日記録する。次回（11 月 25 日）の療養指導で変化を評価する。

5　配置医師（嘱託医）への連絡事項

排便が 3 日以上ない日が続いているため、便秘の評価をお願いします。睡眠薬の追加は、生活リズムの調整後に必要性を相談させてください。

6　療養指導で話題になった薬剤

薬剤名	期待する効果	主な副作用	注意すべき観察ポイント
（話題になった薬剤があれば記入）			

記録者：　　確認者（施設）：

※ 記入例は架空の事例です。実際の記録では、施設の個人情報の取り扱いに従って管理してください。

様式提供：Healthree 合同会社（精神保健指定医による特養向け療養指導）　自由に改変してお使いいただけます

様式 2

精神科医定期的療養指導　月次確認表

年　　月分　　施設名：

1　療養指導の実施状況（月 2 回以上）

回	実施日	実施方法	指導医師名	対象入所者数	記録
1	月　　日	□対面 □オンライン		名	□ 作成済み
2	月　　日	□対面 □オンライン		名	□ 作成済み
3	月　　日	□対面 □オンライン		名	□ 作成済み
4	月　　日	□対面 □オンライン		名	□ 作成済み

この月の実施回数：　　回　　→　□ 月 2 回以上を満たしている

2　認知症の入所者の割合（月末時点）

入所者数（月末時点）　…… A	名
医師が認知症と診断した入所者数　…… B	名
割合（B ÷ A）	%
3 分の 1（約 33.3%）以上か	□ はい　　□ いいえ

・数えるのは「医師が認知症と診断した入所者」です。認知症高齢者の日常生活自立度では数えません。
・分母は定員ではなく、実際の入所者数です。
・3 分の 1 を下回った場合や、月 2 回の療養指導が行えなかった場合は、速やかに所管の自治体へ届け出てください。

3　確認

確認日	年　　月　　日	**施設長確認**	
確認者		**備考**	

様式提供：Healthree 合同会社（精神保健指定医による特養向け療養指導）　自由に改変してお使いいただけます

様式 3

認知症の入所者　確認名簿

年　　月末時点　　施設名：

No.	入所者氏名	居室	認知症の診断	診断名	確認した書類・確認日
1			有 ・ 無		
2			有 ・ 無		
3			有 ・ 無		
4			有 ・ 無		
5			有 ・ 無		
6			有 ・ 無		
7			有 ・ 無		
8			有 ・ 無		
9			有 ・ 無		
10			有 ・ 無		
11			有 ・ 無		
12			有 ・ 無		
13			有 ・ 無		
14			有 ・ 無		
15			有 ・ 無		
16			有 ・ 無		
17			有 ・ 無		
18			有 ・ 無		
19			有 ・ 無		
20			有 ・ 無		
21			有 ・ 無		
22			有 ・ 無		
23			有 ・ 無		
24			有 ・ 無		
25			有 ・ 無		

入所者数：　　名　　認知症の診断がある入所者：　　名　　割合：　　%

確認した書類の例：主治医意見書（診断名の欄）、医療機関の診療情報提供書、配置医師の診療の記録。診断の有無がはっきりしない場合は、配置医師に相談してください。

様式提供：Healthree 合同会社（精神保健指定医による特養向け療養指導）　自由に改変してお使いいただけます