

WRAP™（元気回復行動プラン）

私のクライシスプラン

作成者の氏名： _____

日付： _____

パート1 いい感じのときの私はどんな人か

パート2 人からの助けを必要としているサイン

次にあげたサインのいくつかがある場合、このプランに記してあるサポーターに、わたしの身の回りの責任を引き受けてもらい、このプランに書かれている情報にもとづいて、私のために意思決定をしてもらわなければなりません。

WRAP™（元気回復行動プラン）

パート3 サポーター

このプランが実行されなければならない場合には、次にあげた人たちに、私のために意思決定をしてもらいます。

氏名	関係・役割	電話番号
----	-------	------

この人をお願いしたいこと

氏名	関係・役割	電話番号
----	-------	------

この人をお願いしたいこと

WRAP™（元気回復行動プラン）

氏名

関係・役割

電話番号

この人をお願いしたいこと

氏名

関係・役割

電話番号

この人をお願いしたいこと

氏名

関係・役割

電話番号

この人をお願いしたいこと

WRAP™（元気回復行動プラン）

次に挙げる人たちが、どのような形であれ、私のケアや治療にかかわることを望みません。

氏名 この人にどうして関わって欲しくないのか（もし書きたければ）

氏名 この人にどうして関わって欲しくないのか（もし書きたければ）

氏名 この人にどうして関わって欲しくないのか（もし書きたければ）

氏名 この人にどうして関わって欲しくないのか（もし書きたければ）

サポーター間での意見の違いを解決する方法

サポーターの間で方針が合わなかったときには、次のような方法で解決してもらうことを望みます。

WRAP™（元気回復行動プラン）

パート4 薬に関する情報

かかりつけの医師： _____ 精神科の主治医： _____

その他の医療・保健・福祉関係者：

薬局： _____

アレルギー：

健康保険証番号： _____

服薬している薬の名前 処方量 何の目的で服薬しているのか

WRAP™（元気回復行動プラン）

避けなければならない薬とその理由：

パート5 治療

受けてもよいと思う治療法について

いつ、どのような方法でこの治療法を用いるか

パート6 自宅療養、地域でのケア、一時療養センターの利用

もし可能である場合、次のようなプランに従ってください。

WRAP™（元気回復行動プラン）

パート7 病院

もし病院かその他の治療施設での治療が必要な場合、次に挙げた病院、施設を望みます。好ましいものから順にあげてあります。

名前	連絡先	電話番号
----	-----	------

この病院を好む理由

名前	連絡先	電話番号
----	-----	------

この病院を好む理由

名前	連絡先	電話番号
----	-----	------

この病院を好む理由

WRAP™（元気回復行動プラン）

避けたい病院（その理由）

パート8 人からの援助

症状を和らげ、安心できる気持ちになり、安全を保つために役立つ、次のようなことをお願いしたいと思います。

WRAP™（元気回復行動プラン）

名前 何をお願いしたいか

名前 何をお願いしたいか

名前 何をお願いしたいか

名前 何をお願いしたいか

名前 何をお願いしたいか

次のようなことはしないでください。助けにならないか、事態を悪化させます。

WRAP™（元気回復行動プラン）

パート9 プランを使用しなくてもよいことを示すサイン

次に挙げるサインや行動は、サポーターがこのプランを使わなくてもよくなったことを示します。

私はこのプランを、次に記した人からのサポートを受けて作りました。

日付： _____

このプランより、日付の新しいものが有効です。

署名： _____

立会人（必要に応じて）： _____

弁護士（必要に応じて）： _____