

精 神 病 入 院 要 否 意 見 書

| | | | | | |
|--|---|----------------|-----------------------|---------|------------------|
| 交付番号 | | | ※1 新規 (1)現在入院中 (2)その他 | ※2 継続入院 | ※ 受理年月日 年 月 日 |
| 甲・乙 | (年 月 日から 年 月 日まで) | | | | |
| 地区 | ・ ケース番号 | ・ 世帯員番号 | ・ 単併区分 | ・ 生年月日 | ・ 年 月 日生 |
| 居住地 _____ | | | | | |
| (患者氏名) _____ (歳)に係る医療の要否について意見を求めます。 | | | | | |
| 医療機関コード | | 医療機関名 | | | |
| | | 船橋市福祉事務所長 | | | |
| ※※患者の職業 | | ※※発病年月日 | 年 月 日 | | |
| 現在の入院形態 | <input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> その他 () | 当院入院年月日 (入院形態) | (年 月 日) | | |
| 病 名 | 1. 主たる精神障害 | 2. 従たる精神障害 | 3. 身体合併症 | | |
| ※※生活歴及び現病歴 精神科又は神経科 受診歴を含め記載 すること。 | 現在の病状又は状態像 I. 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 内的不穏 <input type="checkbox"/> 焦燥・激越 <input type="checkbox"/> 精神運動制止 <input type="checkbox"/> 罪責感 <input type="checkbox"/> 自殺念慮 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食欲障害又は体重減少 <input type="checkbox"/> その他 () II. そう状態 <input type="checkbox"/> 高揚気分 <input type="checkbox"/> 多弁・多動 <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 思考奔走 <input type="checkbox"/> 易怒性・被刺激性こう進 <input type="checkbox"/> 誇大性 <input type="checkbox"/> その他 () III. 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> させられ体験 <input type="checkbox"/> 思考形式の障害 <input type="checkbox"/> 奇異な行為 <input type="checkbox"/> その他 () IV. 精神興奮状態 <input type="checkbox"/> 滅裂思考 <input type="checkbox"/> 硬い表情・姿勢 <input type="checkbox"/> 興奮状態 <input type="checkbox"/> その他 () V. 昏迷状態 <input type="checkbox"/> 無言 <input type="checkbox"/> 無動・無反応 <input type="checkbox"/> 拒絶・拒食 <input type="checkbox"/> その他 () VI. 意識障害 <input type="checkbox"/> 意識混濁 <input type="checkbox"/> (夜間)せん妄 <input type="checkbox"/> もうろう <input type="checkbox"/> その他 () VII. 知能障害 A. 精神遅滞 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 B. 認知症 <input type="checkbox"/> 全体的 <input type="checkbox"/> まだら(島状) <input type="checkbox"/> 仮性 <input type="checkbox"/> その他 () VIII. 人格の病的状態 <input type="checkbox"/> 人格障害 <input type="checkbox"/> 妄想性 <input type="checkbox"/> 衝動性 <input type="checkbox"/> 演技性 <input type="checkbox"/> 回避性 <input type="checkbox"/> その他 () IX. その他 A. 性心理的障害 <input type="checkbox"/> フェティシズム <input type="checkbox"/> サド・マゾヒズム <input type="checkbox"/> 小児愛 <input type="checkbox"/> その他 () B. 薬物依存 <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> その他 () C. <input type="checkbox"/> アルコール症 D. <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | |
| 入院外医療 が困難な理由 | I. 医療上の問題 <input type="checkbox"/> 問題行動 () <input type="checkbox"/> 病状不安定 <input type="checkbox"/> 身体的合併症管理 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> その他 () II. その他の問題 <input type="checkbox"/> 家族の受け入れが困難 <input type="checkbox"/> 日常生活に指導を要する <input type="checkbox"/> 住居確保が困難 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 医学的総合判定 | | | 概 算 医 療 費 | | |
| 判定 見込期間 <input type="checkbox"/> 要入院医療 () <input type="checkbox"/> 要入院外医療 () <input type="checkbox"/> 医療不要 | | | 1. 今回診療日以降1ヵ月間 | | 2. 第2ヵ月目以降6ヵ月目まで |
| | | | 円 | | 円 |
| 初回入院期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | | | |
| 前回入院期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | | | |
| 初回から前回までの入院回数 | 計 回 | | | | |
| 過去6ヶ月間の 病状又は状態像 の変化の概要 | <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 動揺傾向 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 改善傾向 特記事項 | | | | |
| 過去6ヶ月間の 外泊の実績 | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 現在の外出 許可の状況 | I. <input type="checkbox"/> 外出禁止 II. 院内外出許可 (<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 他の患者同伴 <input type="checkbox"/> 看護者、家族等同伴) III. 院外外出許可 (<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 他の患者同伴 <input type="checkbox"/> 看護者、家族等同伴) | | | | |
| 上記のとおり診療を (<input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要しない) ものと認めます。 船橋市福祉事務所長 宛 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 (担当医師) | | | 年 月 日 | | |
| ※ 福祉事務所(健康福祉センター)嘱託医の意見 | | | | | |
| ※ 本庁医系職員の見解 | | | | | |

※地区担当員

※発行取扱者

(注意) 1. ※印の欄は福祉事務所(健康福祉センター)が記入します。2. ※※印の欄は、継続入院となっている場合には記入の必要はありません。3. この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要権に該当すると認められた場合の取扱いとは別紙によって下さい。4. 概算医療費については、診療開始後6ヵ月に限り、「概算医療費」欄の「1. 今回診療日以降1ヵ月間」に、この意見書による診療日以降1ヵ月間に要する医療費概算額を、「2. 第2ヵ月目以降6ヵ月目まで」に、1ヵ月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2ヵ月目以降6ヵ月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。