

当てはまる所を○で囲む

精神疾患入院要否意見書

ケース番号

世帯員番号

※ 新規入院 繼続入院

※受理事年月日

地区 単給 併給

生年月日

※居住地: 住所

※ (フリガナ) カナ氏名

※(年 月 日以降の) (患者氏名) 氏名 (性別) (満) 年齢 歳

に係る医療の要否について意見を求める。

医療機関コード

医療機関名 様

できるだけ、発病前の職業を記載

宇都宮市社会福祉事務所長

印

※※ 患者の職業

※※発病年月日

年 月 日

現在の入院形態

当院入院年月日

年 月 日

(入院形態)

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等を含め記載すること。

新規の場合、性格、特徴等の記載とあわせて、他診療所及び他病院での受診歴も聴取し、必ず記載。
生活歴及び現病歴を別紙に記載し、添付することも可。

(陳述者氏名 続柄)

初回入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
前回入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

他病院での入院歴も聴取して記載し、入院歴がない場合は記載不要

初回から前回までの入院回数 計 回

過去6か月間の病状又は状態像の変化の概要 I 悪化傾向 II 動搖傾向 III 不変 IV 改善傾向
特記事項

過去6か月間の外泊の実績 I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし

現在の外出許可の状況 I 外出禁止
II 院内外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)
III 院内外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)

一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められた病状または状態像を指すものとし、主として最近のそれに重点を置いて、該当する全てのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲む

I 焦燥・激越 4精神運動制止
2多弁・多動 3行為心迫 4思考奔逸 5易怒性・被刺 激性亢進
7睡眠障害 8食欲障害又は体重減少現在の病状又は状態像
II 躁状態
1高揚気分 2多弁・多動 3行為心迫 4思考奔逸 5易怒性・被刺 激性亢進
6誇大性
7その他()
III 幻覚妄想状態
1幻覚 2妄想 3させられ体験 4思考形式の障害 5奇異な行為
6その他()

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当する患者でこの要否意見書が届いた場合は、福祉事務所にご連絡ください

要否意見書はA3版用紙に変更になります

IV 精神運動興奮状態

1滅裂思考 2硬い表情・姿勢 3興奮状態 4その他()

V 昏迷状態

1無言 2無動・無反応 3拒絶・拒食 4その他()

VI 意識障害

1意識混濁 2(夜間)せん妄 3もうろう 4その他()

VII 知能障害

A精神遅滞 1軽度 2中等度 3重度

B認知症 1全体的 2まだら(島状) 3仮性 4その他()

VIII 人格の病的状態

A人格障害 1妄想性 2衝動性 3演技性 4回避性

5その他()

B残遺性人格変化 1欠陥状態 2無関心 3無為 4その他()

IX その他

A性心理的障害 1フェティシズム 2サド・マゾヒズム 3小児愛

4その他()

B薬物依存 1覚醒剤 2有機溶剤 3睡眠薬 4その他()

Cアルコール症

Dその他()

現在の病状又は状態像

入院外医療が

困難な理由

I 医療上の問題

1問題行動()

2病状不安定 3身体的合併

5その他()

1家族の受入が困難 2日常

3住居確保が困難

4その他()

原則記載不要(福祉事務所から特段の求めがあつた場合に限って記載)

※福祉事務所が求めを行う場合は、電話連絡または書面連絡で行う

概算医療費
1 今回診療日以降1か月間 2 第2か月目以降6か月目まで
円 円

上記のとおり診療を(1)要する 2要しないものと認めます。

宇都宮市社会福祉事務所長 様

要否選択と医療の要否を
判断した日を記載

年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称

医療機関所在地

医療機関名称

院(所)長(担当医師)

院(所)長(担当医師)氏名

1.承認 2.不承認 3.本庁協議

期間(月) 1 2 3 4 5 6

(詳細意見)

※本庁技術吏員の意見

※審議会の判定

(注意)

1 ※印の欄は福祉事務所が記入します。

2 ※※印の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。

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条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱いは裏面によって下さい。

4 概算医療費については、診療開始後6か月に限り、「概算医療費」欄の「1 今回診療日以降1か月間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を「2 第2か月目以降6か月目まで」に、1か月を超えて診察を必要と認めるものについて、第2か月目以降6か月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。

※指定医療機関名

※発行取扱者