

1 新規 2 継続

入力

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。 ※※印の欄は継続入院の場合、生活歴は記入の必要がありません。

精神疾患入院要否意見書

1 新規 2 継続

入力	
----	--

ケースNO		員番			後保				適用開始		担当		地区						
※患者氏名					生					※患者住所					社会保険		他法		
※指定医療機関名										院（所）長様				※※患者の職業			※※発病 年 月 日		
上記にかかる 年 月 日以降の医療の要否について意見を求めます。 平成 年 月 日 宇都宮市社会福祉事務所										現在の入院形態									
										当院入院年月日 (入院形態) 年 月 日 ()									
病 名		1. 主な精神障害					2. 合併精神障害					3. 合併身体障害							
※※生活歴および現病歴(精神科または神経科受診歴等を含め記入して下さい)										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 外泊の実績		I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし							
		過去6ヶ月間の 病状または状態 像の変化の概要		I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向 特記事項 ()															
		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 院外外出許可 (1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)															
(陳述者氏名 続柄)																			
現 在 の 病 状 又 は 状 態 像	I 抑うつ状態	1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神運動制止 5. 罪責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他 ()																	
	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 ()																	
	IV 精神運動興奮状態	1. 減烈思考 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 (作業療法 有(院内・院外) ・無)																	
入院外 医療が 困難な 理 由	I 医療上の問題		1. 問題行動 () 2. 症状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他 ()					医学的 総合判定		判定 1. 要入院医療 見込期間 () 2. 要入院外医療 () 3. 医療不要									
	II 医療上の問題		1. 家族の受入が困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他 ()					概 算 医療費		今回診療日以降1ヶ月間 (円) 2ヶ月目以降6ヶ月目まで (円)									
上記のとおり診察を (要する ・ 要しない) ものと認めます。 平成 年 月 日 宇都宮市社会福祉事務所長 様 所在地 指定医療機関 名称 院(所)長 担当医師										※福祉事務所嘱託医の意見									
										本庁医系職員の意見									
										医療扶助審議会の判定									

記入要領 ※印の欄は福祉事務所が記入します。 ※※印の欄は継続入院の場合、生活歴は記入の必要がありません。