精 神 疾 患 入 院 要 否 意 見 書　　　　新規・継続

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区担当員 | 係長 | 課長 | 医療担当者 | 受付 |
|  |  |  |  |  |

※交付番号

　　　　　　　　　　　　　地区担当者　　　　　　　　取扱担当者　　　　　　　　※受理年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※指定医療機関名　　　令和　　　年　　　月　　　日からの要否について意見を求めます。【　　　　　】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日【　　　　　】院（所）長殿小郡市福祉事務所長黒田　孝幸 | 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．罰責感　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．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　　Ⅰ．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　　　　Ⅰ．覚醒剤　Ⅱ．有機溶剤　Ⅲ．睡眠薬　４．その他（　　　　　　　　）　　　C．アルコール症　　　D．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）Ⅹ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※ケース番号※患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（　　） | ※生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　生　　　　　　　　　　（満　　　　歳） |
| ※居住地 | 【　　　】 |
| ※※患者の職業 |  | 発　病　年　月　日 |  |
| 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．その他 | 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。 | （陳述者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　） | 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．身体的合併症管理　　　４．服薬管理　　　　　　　　　　　　５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　Ⅱ．その他の問題　　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医　学　的　総　合　判　定 | 概　算　医　療　費 |
| 判　　定　　　　　　　　　　見 込 期 間　１．要 入院 医療 ………（　　　　　　　　　　　　　　）　２．要入院外医療 ………（　　　　　　　　　　　　　　）　３．医　療　不　要 | １．今回診療日以降１カ月間 | ２．第２カ月目以降６カ月目まで |
| 初回入院期間前回入院期間初回から前回までの入院回数 | 　　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　　　　年　　　月　　　日計　　　　　　　　回 |
| 　　　　　　　　　　　　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。小郡市福祉事務所長（生活福祉係）　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日指定医療機関の所在地及び名称院（所）長（担当医師） |
| 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．動揺傾向　　　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 |
| ※嘱託医の意見 |
| 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．ほかの患者同伴　　３．看護者、家族等同伴）　Ⅲ．院外外出許可　（１．単独　　　２．ほかの患者同伴　　３．看護者、家族等同伴） |
| ※本庁技術吏員の意見 |
| ※審議会の判定 |

（注意）１．※印の欄は記入しないでください。

　　　　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はありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 承認期間 | 　※年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで |

|  |
| --- |
| ※社会保険（政・船・共・組） |
| ※他法負担 |
| ※本人支払額　有・無 |

　　　　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

　　　　　　の措置入院の用件に該当すると認められた場合の取扱いはお尋ねください。

　　　　４．概算医療費については、診療開始後６カ月に限り、「概算医療費」欄の「１．今回診療日以降１カ月間」にこの意見書

　　　　　　による診療日以降１カ月間に要する医療費概算額を「２．第２カ月目以降６カ月目」まで」に、１カ月を超えて診療

　　　　　　を必要と認めるものについて、第２カ月目以降６カ月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。