

精神障害者連絡票(入院時)

記入日

情報提供日

事業所名
担当者名
TEL
FAX



病院・診療所名
担当部署・氏名
TEL
FAX

Main form with sections: 家族歴, 家族構成図, 生活歴, 精神科疾患, 身体疾患, 経済状況, 障害支援区分, 介護サービス, 自立支援医療, サービス利用状況, 精神保健福祉手帳, 療育手帳, 身障手帳

IADL 等	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅生活の状況
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗濯・掃除・整理整頓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(家の状況衛生面等)
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
通院状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他 (嗜好品、趣味等必要事項)					
○日頃の生活状況(周囲との関係、近隣とのトラブル、こだわり等)					
○病状に関すること(入院に至る経緯、在宅生活での症状および問題行動、悪化の前兆、病識等) ※症状は、最近の状態で気になる言動等を具体的に記入。					
○家族等に関すること(病識・治療の理解度、本人との関係、生活サポート・協力の可否等)					
○本人の地域生活での希望、大事にしていること等					
○連絡事項・その他(入院歴・通院歴等も分かれば、この欄に記入ください。)					
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 この情報は、 年 月 日現在のものです。					

精神障害者連絡票(退院時)

記入日

情報提供日

病院・診療所名	
担当部署・氏名	
TEL	
FAX	



事業所名	
担当者名	
TEL	
FAX	

フリガナ		生年 月日	S・H・R		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名							
住所		TEL	家族歴(家族構成図)				
帰住先住所		TEL	主:主介護者、☆:キーパーソン、○:女、□:男				
住居形態	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他						
緊急時 連絡先	氏名	住所	続柄	TEL			
入院の 原因とな った病名	今回の入院日		年 月 日(入院形態)				
	退院(予定)日		年 月 日				
入院・通院歴 (現病歴等)							
既往歴			合併症				
病院主治医			退院後の 主治医(通院先)	医療機関名			
				連絡先			
保険種類	<input type="checkbox"/> 健保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(世帯主・家族) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()						
経済状況	<input type="checkbox"/> 本人の就労収入 <input type="checkbox"/> 家族の就労収入 <input type="checkbox"/> 本人の年金(障害()級・老齢・厚生)						
	<input type="checkbox"/> 家族の年金(障害・老齢・厚生) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()						
障害支援 区分	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当						
	障害区分 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> 無						
	有効期間 (年 月 日) ~ (年 月 日)						
介護 サービス	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		
	有効期間 (年 月 日) ~ (年 月 日)						
自立支援 医療	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中						
	有効期間 (年 月 日) ~ (年 月 日)						
精神保健福祉手帳			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級)	<input type="checkbox"/> 申請中			
療育手帳			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級)	<input type="checkbox"/> 申請中			
身障手帳			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(級)	<input type="checkbox"/> 申請中			

病院主治医からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方(※本人家族の治療への動機づけの現状含む)					
退院後の生活に関する本人の希望					
家族・その他の支援者の意見・希望 (キーパーソン:)					
IADL 等	自立	見守り	一部介助	全介助	入院中の生活および注意事項等
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗濯・掃除・整理整頓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 処方薬:
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
日中活動	(院内での作業療法等の参加等)				
その他	(嗜好品、趣味等必要事項)				
入院中の療養目標					
○入院中の生活状況(周囲との関係、入院中のトラブル、こだわり等)					
○病状に関すること(入院時から退院時の症状の経過および問題行動、悪化の前兆、悪化時の症状、病識)					
○家族等に関すること(病識・治療の理解度、本人との関係、生活支援状況等)					
退院後に必要な医療・サービス支援	<input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療・サービス (訪問看護: 、デイケア: 、その他:)				
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス	(サービス名:)(事業所名:)			
		(サービス名:)(事業所名:)			
		(サービス名:)(事業所名:)			
<input type="checkbox"/> 介護サービス	(サービス名:)(事業所名:)				
<input type="checkbox"/> その他					
必要な医療・サービスの利用が継続されなかった場合の対処方針					
	退院後の情報連携窓口 (医療機関名: 担当者名:)				
この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 この情報は、 年 月 日現在のものです。					

病状が悪化した場合の対処方針(困ったときの対処)

年 月 日

氏名	
----	--

医療機関名	
-------	--

私の調子が悪くなる 前のサイン	
--------------------	--

サインに気づいたら

私がすること	
周りの人にしてほしい こと	
周りの人にしてほしく ないこと	

【緊急連絡先】

1	所属／続柄		氏名		TEL	
2	所属／続柄		氏名		TEL	
3	所属／続柄		氏名		TEL	

【連絡してほしくない人】

1	続柄		氏名	
2	続柄		氏名	