

さいたま市立病院 精神科病棟向け情報シート

(診療情報提供書と一緒にお願いします)

【記入していただく項目】

生年月日	T・S・H	年	月	日	診療情報提供書と同一人物かの確認に使用します
相談者	(職種:) 電話番号: ()				
転院についての本人の理解	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明(「意思表示できない」も含む)				
家族の精神科治療への理解	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明(「連絡が取れない」も含む) ※閉鎖病棟での治療、必要時に隔離や身体拘束が行われることへの理解の有無の確認です。これだけで入院不可にはなりません。				
保険区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(本・家) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()				
身体症状	診療情報提供書に記載をお願いします。(処方内容の記載ないし処方箋コピーをお願いします)				
精神症状	精神科治療歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※問題となっている精神症状を記載してください)				
現在のADL	歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行困難	排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> おむつ・リハパンツ			
	食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行困難	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
受け入れの緊急性	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 1両日中 <input type="checkbox"/> 数日以内 <input type="checkbox"/> 待機可能				
治療終了後の受け入れ	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()				

送付先	地域医療連携室	(FAX) 048-873-7441
------------	---------	--------------------

【当院で記入する項目】

受付日	R	年	月	日	担当	→
身体科の意見	入院治療の適応: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 外来受診をしてから検討 一般病床の対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否					
精神科の意見	想定される入院形態: <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 該当なし 想定される部屋: <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室: <input type="checkbox"/> 保護室 <input type="checkbox"/> 観察室					
その他の意見						
判断	入院 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 可 → 「可」の場合 <input type="checkbox"/> 一般病床 <input type="checkbox"/> 精神病床(部屋:) <input type="checkbox"/> 外来受診をしてから検討 <input type="checkbox"/> その他()					
入院日時	R	年	月	日	午前・午後	時(家族付き添い: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
キーパーソンの情報	続柄() 電話番号: ()					
備考						