

(参考様式1)

地域関係機関⇒医療機関

# 精神障害者連絡票(入院時)

記入日 年 月 日 情報提供日 年 月 日

事業所名		➔	病院・診療所名	
担当者名			担当部署・担当者名	
電話番号			電話番号	
FAX番号			FAX番号	

ふりがな 氏名		生年月日	S・H・R	年齢	歳	性別
			年 月 日			

住所	〒	電話番号	
----	---	------	--

緊急時 連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号
		〒		
		〒		

家族歴	住居形態	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他
-----	------	--

家族構成図	精神科疾患	診断名
-------	-------	-----

主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	かかりつけ医 医療機関名	( )	連絡先( )
---------------------------	-----------------	-----	--------

身体疾患	疾患名・病名	かかりつけ医 医療機関名	( )	連絡先( )
------	--------	-----------------	-----	--------

アレルギーの有無	薬物アレルギー、食物アレルギー 等 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無
----------	---

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)
------	--

経済状況	<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
--------	---

障害支援区分	障害区分 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> 無
--------	---

障害支援区分	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
--------	---

生活歴	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
--------	---

自立支援医療	有効期間( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )
--------	---------------------------

サービス利用状況・サービス事業所名	
-------------------	--

<input type="checkbox"/> 訪問看護	(事業所名: ) ( ) 回/週
-------------------------------	------------------

<input type="checkbox"/> デイケア	(医療機関名: ) ( ) 回/週
-------------------------------	-------------------

<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: )
---	----------

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
------	---	------------------------------

身障者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )級	<input type="checkbox"/> 申請中
-------	---	------------------------------

IADL等	自立	見守り	介一助部	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 その他必要事項				
○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、最近の患者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・通院歴等もわかれば、この欄にご記入ください。)					
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。					