

(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			

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)			
------	--	--	--	--

	<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)
------	-----------	---	-----------

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。					