

(参考様式2)

医療機関⇒地域関係機関

精神障害者連絡票(退院時)

		記入日 年 月 日		情報提供日 年 月 日				
病院・診療所名		➔	事業所名					
担当部署・担当者名			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			
			年 月 日					
住所	〒	電話番号	家族歴					
			家族構成図					
帰住先住所	〒	電話番号	主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性					
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()							
緊急時 連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号				
		〒						
		〒						
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
身障者手帳	<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"/>	処方薬:	薬物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金銭管理必要な場合の程度:			
日中活動	院内での作業療法等の参加など							
その他	嗜好品・趣味・その他必要事項							
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(病気・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:)
	(サービス名:)
	(サービス名:)
	<input type="checkbox"/> 介護サービス (サービス名:)
	<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。