

精神疾患入院要否意見書

※		※受理年月日		年 月 日	
年 月 日					
※居住地：					
※ (フリガナ)					
※ (年 月 日以降の)(患者氏名) ()(満 歳)					
に係る医療の要否について意見を求めます。					
河内長野市福祉事務所長					
様					
※※患者の職業				※※発病年月日	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
現在の入院形態				当院入院年月日	
(入院形態)		(年 月 日)		(年 月 日)	
病 名		1 主たる精神障害		2 従たる精神障害	
				3 身体合併症	
※※生活歴及び現病歴					
精神科又は神経科受診歴等 を含め記載すること。		(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
前回入院期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
初回から前回までの入院回数		計 回			
過去6か月間の 病状又は状態像 の変化の概要		I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向 特記事項			
過去6か月間の 外泊の実績		I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし			
現在の外出 許可の状況		I 外出禁止 II 院内外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴) III 院外外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)			
現在の病状 又は状態像		I 抑うつ状態 1 抑うつ気分 2 内的不穏 3 焦燥・激越 4 精神運動制止 5 罪責感 6 自殺念慮 7 睡眠障害 8 食欲障害又は体重減少 9 その他 () II 躁状態 1 高揚気分 2 多弁・多動 3 行為心迫 4 思考奔逸 5 易怒性・被刺激性亢進 6 誇大性 7 その他 () III 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 させられ体験 4 思考形式の障害 5 奇異な行為 6 その他 ()			

福祉事務所 受付日		月 日	
現在の病状 又は状態像	IV 精神運動興奮状態 1 減裂思考 2 硬い表情・姿勢 3 興奮状態 4 その他 () V 昏迷状態 1 無言 2 無動・無反応 3 拒絶・拒食 4 その他 () VI 意識障害 1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 その他 () VII 知能障害 A 精神遅滞 1 軽度 2 中等度 3 重度 B 認知症 1 全体的 2 まだら(島状) 3 仮性 4 その他 () VIII 人格の病的状態 A 人格障害 1 妄想性 2 衝動性 3 演技性 4 回避性 5 その他 () B 残遺性人格変化 1 欠陥状態 2 無関心 3 無為 4 その他 () IX その他 A 性心理的障害 1 フェティシズム 2 サド・マゾヒズム 3 小児愛 4 その他 () B 薬物依存 1 覚醒剤 2 有機溶剤 3 睡眠薬 4 その他 () C アルコール症 D その他 ()		
	I 医療上の問題 1 問題行動 () 2 病状不安定 3 身体的合併症管理 4 服薬管理 5 その他 () II その他の問題 1 家族の受入が困難 2 日常生活に指導を要する 3 住居確保が困難 4 その他 ()		
入院外医療 が困難な理由		I 医療上の問題 1 問題行動 () 2 病状不安定 3 身体的合併症管理 4 服薬管理 5 その他 () II その他の問題 1 家族の受入が困難 2 日常生活に指導を要する 3 住居確保が困難 4 その他 ()	
医 学 的 総 合 判 定		概 算 医 療 費	
判 定		見込期間	
1 要入院医療----- ()		1 今回診療日以降	
2 要入院外医療----- ()		1 か月間	
3 医療不要		6 か月目まで	
		円	
上記のとおり診療を(1 要する 2 要しない)ものと認めます。 河内長野市福祉事務所長			
年 月 日			
指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 (担当医師)			
※福祉事務所嘱託医の意見		1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 期間(月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)	
※本庁技術吏員の意見			
※審議会の判定			

※指定医療機関名

※発行取扱者

- (注意)
- ※印の欄は福祉事務所が記入します。
 - ※※印の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。
 - この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱い は裏面によって下さい。
 - 概算医療費については、診療開始後6か月に限り、「概算医療費」欄の「1 今回診療日以降1か月間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を 「2 第2か月日以降6か月目まで」に、1か月を越えて診療を必要と認めるものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。