

別紙

(表 面)

精 神 疾 患 入 院 要 否 意 見 書 (別紙)

※1 新規				{ (1) 現在入院中 (2) その他		2 継続入院		※受理年月日		年 月 日	
※患者氏名			男・女		※生 年 月 日		年 月 日 (歳)				
※居住地											
※※患者の職業					※※発 病 年 月 日		年 月 日				
現 在 の 入 院 形 態					当 院 へ の 入 院 年 月 日 (入 院 形 態)		年 月 日 ()				
病 名		1 主な精神障害			2 従たる精神障害			3 身体合併症			
※※ 生活歴及び現病歴 (精神科又は神経科の受診歴等を含め記入してください。)											
		(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 睡眠障がい 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 思考形式の障がい 5 奇異な行為 6 その他()
	IV 精神運動興奮状態 1 滅裂思考 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 意識障がい 1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 その他()
	VII 知能障がい 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 人格障がい 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 性心理的障がい 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()
	入 院 外 医 療 が 困 難 な 理 由
II その他の問題 1 家族の受入れが困難 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 今回診療日以降1か月間	2 第2か月日以降6月目まで
1 要入院医療.....()			
2 要入院外医療.....()			
3 医療不要		円	円

(注意) 1 ※印の欄は福祉事務所が記入します。
2 ※※印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。
3 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、裏面によってください。
4 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か月目以降6か月目まで」に、1か月を超えて診察を必要と認めるものについて、第2月目以降6か月目までに要する医療費概算額を記入してください。

(裏 面)

(意見書記入要領)

- 1 「患者の職業」欄は、できるだけ、発病前の職業を記載してください。
- 2 「生活歴及び現病歴」欄は、性格、特徴等を記載し、他診療所及び他病院での受診歴についても聴取して記載してください。また、継続入院の場合であっても、新たに判明した事実がある場合には記載してください。
- 3 「初回入院期間・前回入院期間」欄は、他病院での入院歴についても聴取して記入し、入院歴がないときは、記載する必要はありません。
- 4 「現在の病状又は状態像」欄は、この書類作成までの過去数か月間に認められた病像又は状態像を指すものとし、主として最近のそれに重点を置いて、該当するすべてのローマ数字、算用数字及びアルファベットを○で囲んでください。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の規定に基づく措置入院の要件に該当すると認められたときの連絡)

新たに入院しようとする患者(社会保険又は自費等により入院していた者が引き続き生活保護法により入院しようとする場合を含む。)で、この意見書を提示したもの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病状であると認められるときは、直ちにそのことを福祉事務所に連絡してください。

また、既に生活保護法により入院している患者であっても、同条の措置入院の要件に該当する病状であると認められたときは、直ちにそのことを福祉事務所に連絡してください。

注 上記の患者については、福祉事務所長が都道府県知事に対して精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第23条の申請を行います。その結果については、福祉事務所からも必要な事項をお知らせします。