

患者情報シート (佐賀県精神科病院協会版)

管理ID	作成者
------	-----

A票

相談日時	平成 年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 新規 (前回相談) <input type="checkbox"/> 再相談 平成 年 月 日 頃
相談場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 相談窓口 <input type="checkbox"/> その他()	
相談方法	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 集団面談 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他()	
精神科以外の医療チームの支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 DMAT 】	

① 基本情報

患者氏名	(歳)	男・女・不明	生年月日: M T S H 年 月 日
住所 (避難前)	<input type="checkbox"/> 不明		電話番号 <input type="checkbox"/> 不明 () -
避難場所	<input type="checkbox"/> 不明		緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 不明 () -
相談者	本人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 不明	氏名	電話番号 () -
			事業所及び所属(支援者の場合)
主訴			

② 被災・生活状況等

● 被災状況 (複数可) <input type="checkbox"/> 家族の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 親族・知人等の行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷 <input type="checkbox"/> 家族の負傷 <input type="checkbox"/> 親族・知人の負傷 <input type="checkbox"/> 自宅からの強制避難 <input type="checkbox"/> 家屋以外の財産の喪失 <input type="checkbox"/> 仕事の喪失 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	● 相談背景 (複数可) <input type="checkbox"/> 近親者喪失 <input type="checkbox"/> 居住環境の変化 <input type="checkbox"/> 経済生活再建問題 <input type="checkbox"/> 失業・就労問題 <input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 家族・家庭問題 <input type="checkbox"/> 教育・育児・転校 <input type="checkbox"/> 放射能 <input type="checkbox"/> 健康上の問題 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	● 相談の契機 <input type="checkbox"/> 患者本人からの相談・依頼 <input type="checkbox"/> 相談者による依頼 <input type="checkbox"/> 健康調査・全戸訪問などによるピックアップ <input type="checkbox"/> 他の保健医療関係者からの紹介 <input type="checkbox"/> 行政機関からの依頼 <input type="checkbox"/> 集団面談による相談・依頼 <input type="checkbox"/> その他()
● 生活環境 (記述)		

③ 現病・かかりつけ医療機関等情報、他

治療中と思われる疾病	【精神疾患】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 医療機関 主治医 病名 発病時期 <input type="checkbox"/> 災害前より <input type="checkbox"/> 災害後から <input type="checkbox"/> 不明 現在の状況 <input type="checkbox"/> 継続 (<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 (B票⑥を記入する)) <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 未治療 処方 <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 処方あり (最終処方日 H 年 月 日ごろ) ※デポ剤の使用 有 無 (最終 H 年 月 日ごろ) 薬剤名: (前回)施注部位: 右・左	【身体疾患】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 医療機関 主治医 病名 発病時期 <input type="checkbox"/> 災害前より <input type="checkbox"/> 災害後から <input type="checkbox"/> 不明 現在の状況 <input type="checkbox"/> 継続 (<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 (B票⑥を記入する)) <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 未治療 処方 <input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 処方あり (最終処方日 H 年 月 日ごろ)
------------	--	--

