様式第18号（第７条関係）

(１)現在入院中

(２)その他

（表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケース番号 |  | 精神疾患入院要否意見書※１　新規｛　　　　　　　　　　・２　継続入院（　年　月　以降）　　　　　　　　　 |  |  |  |
| 地区名 |  |
| 発行取扱者 |  |
| 地区担当員 |  |
| 指定医療機関 |  | ※受理年月日 | 　　年　　　月　　　日 |  |
|  |
| (１)現在入院中(２)そ　の　他　　２　継続入院　　　　　　　　　　併 |  |
| ※福祉事務所名 |  |  |
| ※患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　 | ※生年月日 | 　　年　月　日（満　　歳） | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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　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覚せい剤　２有機溶剤　３睡眠薬　４その他（　　　　　　）Ｃアルコール症Ｄその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※居住地 |
| ※※患者の職業 |  | ※※発病年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 現在の入院形態 |  | 当院入院年月日(入院形態) | 　　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の受診歴等を含めて記載すること。 | （陳述者氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　） |
| 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（　　　　　　　　　　　　　） | ※発行取扱者　　　　　　　　　　㊞ |
| 初回入院期間前回入院期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | 医学的総合判定 | 概算医療費 |
| 判定　　　　　見込期間１　要入院医療……（　　　　　　）２　要入院外医療……（　　　　　　）３　医療不要 | １．今回診療日以降１か月間 | ２．２か月目以降６か月目まで |
| 初回から前回までの入院回数 | 計　　　　　回 |
| 円 | 円 |
| 過去６か月間の病状又は状態像の変化概要 | Ⅰ　悪化傾向　　Ⅱ　動揺傾向　　Ⅲ　不変　　Ⅳ　改善傾向特記事項 | 上記のとおり診療を（１　要する　２　要しない）と認めます。丸亀市福祉事務所長　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　指定医療機関の所在地及び名称　　　　　　　　　　院（所）長　　　（担当医師）　　　　　　　　　　 |
| 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 | ※福祉事務所嘱託医の意見　　　入院　　　　適当（　ヶ月承認する）　　不適当　　　　　　　　　 |
| ※本庁医系職員の意見　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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） |  ※審議会の判定 |

（注意）

１　※印の欄は、福祉事務所が記入します。

２　※※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はありません。

３　この意見書の具体的記入要領及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」の欄の「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「２．２か月目以降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）

（意見書記入要項）

１．「患者の職業」欄は、できるだけ、発病前の職業を記載すること。

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をも聴取して記載すること。

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すること。

３．「初回及び前回入院期間」の欄は、他病院での入院歴をも聴取して記載し、入院歴がない場合は記載を要しないこと。

４．「現在の病状または状態像」の欄は、一般に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、該当する全てのローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと

|  |
| --- |
| （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連絡）新たに入院しようとする患者（社会保険又は自費等で入院していた患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、直ちにその旨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、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に至ったときは、ただちにその旨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が、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。 |