

狭山ヶ丘病院 入院・転院患者情報シート

送付先：狭山ヶ丘病院連携室 FAX：04-2927-2008

TEL：04-2941-5171

下記項目に✓またはご記入頂き、診療情報提供書と一緒に送ってください。

相談者	職種() 電話番号： ()	
生年月日(本人)	S・H 年 月 日	キーパーソン：
<u>診断名(精神科)</u>	<input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 気分障害 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 精神遅滞（受入れ困難な場合があります） <input type="checkbox"/> 発達障害（受入れ困難な場合があります） <input type="checkbox"/> アルコール・薬物依存（一時的な療養環境の提供まで） <u>※上記項目の疾患でも、身体症状によっては対応が困難な場合があります。</u>	
<u>精神科以外の診断名</u>	（身体疾患の既往歴があれば記載をお願いします。）	
<u>現在の精神症状・問題行動</u>		
入院・転院について 本人・家族の理解	本人： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明(意思表示できないも含む) 家族： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明(意思表示できないも含む)	
精神科治療について 本人・家族の理解	本人： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明(連絡がとれないも含む) 家族： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明(連絡がとれないも含む) <u>※閉鎖病棟での治療、必要時に隔離や身体拘束が行われる可能性があることへの理解の有無の確認です。</u>	
保険区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保(本・家) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()	
現在のADL	歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行困難 食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 摂取困難	排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ・リハパン 入浴： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
受入れ期限	<input type="checkbox"/> 1両日中 <input type="checkbox"/> 数日以内 <input type="checkbox"/> 待機可能	

※入院希望の依頼の場合、当日の診察にて入院の必要性の最終判断をいたします。