

夜間・休日 精神科合併症支援実施事例報告書

以下の内容について合併症支援病院で御記入の上速やかに、大精協事務局へFAX送信してください。
 (大阪精神科病院協会事務局 FAX: 072-251-6488)




受付番号 合

| | | | |
|----------------------------|---|----------------|--|
| 1:合併症支援病院(精神科)医療機関名 | | | |
| 2:依頼元一般救急病院名 | 所在地()市・町 | | |
| 3:依頼日時 | 年 月 日 | 時 分 | (24時間表記) |
| 4:受入れの可否を伝えた日時(満床・必要性なし含む) | 年 月 日 | 時 分 | (24時間表記) |
| 5:受入れ・受診とならなかった理由 | <input type="checkbox"/> 患者または家族が拒否 <input type="checkbox"/> 依頼元病院で対応 <input type="checkbox"/> 他の精神科へ転院となった <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 8:傷病者情報(救急病院からの聞き取り) | 6:年齢 | 歳(代) | 7:性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | (症例概要・推定病名等) ・身体症状 ・精神症状 | | |
| 9:依頼内容 | <input type="checkbox"/> 転院(受診・入院)の受入れ <input type="checkbox"/> 電話コンサルのみ <input type="checkbox"/> その他() | | 10:様式の送付の有無(送付を依頼した場合のみ) 様式1 依頼書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 様式2 身体状況等確認シート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 様式3 同意書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ★明らかな身体症状がない場合でも、本システムの対象となります。 | | |
| | コンサルのみの場合回答 | 11:電話コンサルの対応内容 | |

受診・入院の希望があった場合
 コンサルのみの希望の場合



裏面 12 番へ
 裏面 18 番へ

| | | | | |
|---------------|-------------------------------|--|---|--|
| 受診希望があった場合に回答 | 12:受診等希望への対応と受診時の搬送手段 | | <input type="checkbox"/> 受入れ(<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 病院救急車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 受入れ・患者側都合で受診せず  13番へ <input type="checkbox"/> 受入れできない (満床・必要性なし含む)  18番へ | |
| | 13:病態または精神科診断名 | | | |
| | 14:精神科受診状況 | | <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療中断  <input type="checkbox"/> 入院歴あり <input type="checkbox"/> 入院歴なし <input type="checkbox"/> 受診歴なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不明 | |
| | 15:身体症状 | | | |
| | 16:精神症状 | | <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 奇異行動 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 錯乱 <input type="checkbox"/> 躁 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 過換気 <input type="checkbox"/> パニック発作 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 自殺念慮 <input type="checkbox"/> 大量服薬 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 器物損壊 <input type="checkbox"/> 薬切れ <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 17:当日の対応と結果 | | <div style="display: flex; border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black;"> <div style="flex: 1;"> <p>【受診の結果】</p> <input type="checkbox"/>外来のみ <input type="checkbox"/>医療保護入院 <input type="checkbox"/>応急入院 <input type="checkbox"/>任意入院 <input type="checkbox"/>精神科以外への入院 (他の病院へ転院) <input type="checkbox"/>精神科以外への入院 (元の病院へ戻し) </div> <div style="flex: 1;"> <p>【特記事項】</p> </div> </div> <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> ★入院した場合は1週間後に様式5-2を別途提出 </div> | | |
| すべての場合回答 | 18:一般科医等のサポート活用 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 20:サポート医活用内容 | | 19:一般科医サポート体制 <input type="checkbox"/> 院内対応 <input type="checkbox"/> オンコール体制 | |
| | 21:その他特記事項 (システムの改善にかかることを含む) | | | |
| | 22:報告日 | | 年 月 日 23:報告者氏名 (職種) (Dr Ns PSW その他) | |