

## 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)
6:傷病者情報 (救急病院からの聞き取り)	4:年齢	歳(代)	5:性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	(症例概要・推定病名等) ・身体症状				
7:コンサル等 依頼内容と様式 送付の有無				8:コンサルで様式送付を依頼した場合の送付の有無	
				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
9:コンサル等 対応内容					

受診・入院の希望があった場合



裏面10番へ

コンサルのみの希望の場合



裏面19番へ

受診希望があった場合に回答	10:受診等希望への対応と受診時の搬送手段		<input type="checkbox"/> 受入・受診 <input type="checkbox"/> 受入・患者側都合で受診せず <input type="checkbox"/> 受け入れできない <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 	
	11:受入・受診とならなかった理由		→ 19番へ	
	12:病態または精神科診断名		13: ICD コード	
	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:受診結果		<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 → 入院した場合は1週間後に様式5-2を別途提出	
	16:身体症状			
	17: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 ( )	
	18:当日の対応と結果		【対応の概要】 <input type="checkbox"/> 外来のみ <input type="checkbox"/> 精神科入院(入院形態 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 精神科以外への入院( <input type="checkbox"/> もとの病院への戻し <input type="checkbox"/> 他の病院への転院) 一般科転院の理由と身体状況 [ ]	
すべての場合回答	19:一般科医等のサポート活用		20:オンコール対応の有無	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	21:サポート医活用内容			
	22:その他特記事項(システムの改善にかかることを含む)			
23:報告日		年 月 日	24:報告者氏名(職種)	
			(Dr Ns PSW その他)	