

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日 平成 年 月 日

| | | | | |
|------------------------|---------------------------------------|--|-----|--|
| (ふりがな) | | 性別 | ID: | |
| 氏名 | | (男・女) | | |
| 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) | | 病棟: | | |
| 診断(身体疾患) | 1) | 2) | | |
| 診断(精神疾患) | 1) | 2) | | |
| 実施要件 | <input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する | | | |
| | <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| <現症> | | 【重症度】 | | |
| 精神症状 | 不安・焦燥 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 抑うつ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | せん妄 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 幻覚・妄想 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 興奮 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 自殺念慮 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| 睡眠障害 | 不眠 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 傾眠 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| 問題行動 | 徘徊 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 暴力行為 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 安静保持困難 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| | 意識障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| 認知機能障害 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |
| その他(具体的に) () | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 | | |

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている
重症:入院治療継続が困難である

| | |
|-------------------|--|
| <その他の状態> | |
| 精神機能の全体的評価(GAF)尺度 | [] (0-100) |
| 身体活動状態 全般 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している |
| 歩行 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 |

| <総合評価と今後の方針> | | |
|------------------------------|------------------------|---|
| 重症度 | 具体的な状況 | チームでの対応方法 |
| <input type="checkbox"/> 軽症 | 精神症状を伴っている | ・チーム回診でのフォロー |
| <input type="checkbox"/> 中等症 | 精神症状を伴い、入院治療に影響がでている | ・チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等) |
| <input type="checkbox"/> 重症 | 精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である | ・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等) |
| <input type="checkbox"/> 最重症 | 精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない | ・精神科病棟での治療を検討 |

| | | | | |
|-------------|---|--|---|----------|
| 治療目標 | <input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつ改善 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 自殺念慮の消失 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 精神疾患の治療継続、軽快 | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 治療計画 (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーク | <input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬 | |
| | <input type="checkbox"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 作業療法 | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 治療計画 (Ⅱ) | 現 症 | | 短期目標 | 具体的アプローチ |
| | 精神症状 | 不安・焦燥 | | |
| | | 抑うつ | | |
| | | せん妄 | | |
| | | 幻覚・妄想 | | |
| | | 興奮 | | |
| | | 自殺念慮 | | |
| | 睡眠障害 | () | | |
| | 問題行動 | () | | |
| | 意識障害 | | | |
| | 認知機能障害 | | | |
| | その他 (具体的に) | () | | |
| 主治医 | | | 精神科医 | |
| 看護師 | | | 精神保健福祉士 | |
| 作業療法師 | | | 薬剤師 | |
| 公認心理師 | | | () | |
| 次回の再評価予定日 | | | 平成 年 月 日 | |
| 本人・家族への説明日 | | | 平成 年 月 日 | |