

## 精神科リエゾンチーム治療評価書

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<br><input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立<br><input type="checkbox"/> 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている<br><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<br><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<br>・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<br>・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                                   |

|             |                                |   | 今後の治療計画  |
|-------------|--------------------------------|---|----------|
| 治療評価<br>(Ⅰ) | 薬物療法                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
|             | 心理療法                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
|             | ソーシャルワーク                       | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
|             | 心理教育                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
|             | 服薬指導                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
|             | 作業療法                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
|             | その他                            | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
|             | 退院後も精神科医療(外来など)<br>が継続できるような調整 | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施  |          |
| 治療評価<br>(Ⅱ) | 精神症状                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
|             | 睡眠障害                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
|             | 問題行動                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
|             | 意識障害                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
|             | 認知機能障害                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
|             | その他(具体的に)<br>( )               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
| 治療評価<br>(Ⅲ) | 精神機能の全体的評価<br>(GAF)尺度          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
|             | 身体活動状態                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |          |
| 主治医         |                                | 精神科医  |          |
| 看護師         |                                | 精神保健福祉士   |          |
| 作業療法士       |                                | 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 |