

## 精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日

年 月 日

(ふりがな)		性別		ID:	
氏名		(男・女)			
生年月日 明・大・昭・平・令 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( )				
<b>&lt;現症&gt;</b>					
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	<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	<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
意識障害	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
		<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

<b>&lt;その他の状態&gt;</b>			
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、1日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1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

<b>&lt;総合評価と今後の方針&gt;</b>		
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

