

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) | | 病棟: | | |
| 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日(歳) | | | | | | |
| 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> | | | | | | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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、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 |

| | | |
|------------------------------|------------------------|---|
| <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 |

