

## 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				
氏名		(男・女)	ID:			
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( )					
<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、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

		今後の治療計画	
治療評価 (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) 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 (II)	精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	その他(具体的に) ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
治療評価 (III)	精神機能の全体的評価 (GAF)尺度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <input type="checkbox"/> 増悪	
	身体活動状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不变 <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		年 月 日	
本人・家族への説明日		年 月 日	