

(別紙様式29の2)

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

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
	徘徊	<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	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	

治療目標	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつの改善			
	<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"/> 抗うつ薬	<input type="checkbox"/> 気分安定薬
		<input type="checkbox"/> 抗不安薬	<input type="checkbox"/> 睡眠薬	<input type="checkbox"/> 認知症治療薬
		<input type="checkbox"/> その他()		
			<input type="checkbox"/> ソーシャルワーク	
治療計画 (II)	<input type="checkbox"/> 心理療法		<input type="checkbox"/> 服薬指導	
	<input type="checkbox"/> 心理教育			
	<input type="checkbox"/> 作業療法		<input type="checkbox"/> その他()	
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		