

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日 平成 年 月 日

(ふりがな)		性別		ID:	
氏名		(男・女)		病棟:	
生年月日 明・大・昭・平 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>		【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
睡眠障害	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
	不眠	<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	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
	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
	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、一日の半分以上は起きている
	<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
	<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"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーク	<input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬	
	<input type="checkbox"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 作業療法	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他 ()		
治療計画 (II)	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		
作業療法師		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	