

情報提供書兼受付票 【行政相談機関用】 (DSシート)

紹介先医療機関名

相談担当行政機関

先生

住所

電話番号

相談担当者

相談日時	年 月 日 () (: ~ :)	種別	電話 ・ 来所 ・ 訪問	保険区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保(本・家) <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 不明
本人	ふりがな	男・女	区	家族構成	
	氏名	住所			
	生年月日	年 月 日 (歳)	職業		
相談者	氏名	男・女	住所	婚姻歴	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> その他()
	本人との続柄 ()			世帯	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他()
主訴			相談歴	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> こころの健康センター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	
既往歴			精神科治療歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 中断(期間:) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(受診開始年月:) 医療機関名 診断名	
処方薬等	<input type="checkbox"/> あり → 受診時、「お薬手帳」を持参するよう伝えています。 <input type="checkbox"/> なし		家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり *複数回入院歴がある場合は、直近の入院歴を記入。 病名	
生育歴			精神科入院歴	医療機関名 入院期間* 年 月 日	
《こころの健康度チェック》			精神薬の内服	<input type="checkbox"/> あり → 受診時「お薬手帳」を持参するよう伝えています。 <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> なし	
1. 毎日の生活に充実感がない		要介入の目安 2個以上	アルコール	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない 種類 [] 量 []	
2. これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった			依存性薬物	使用歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種類 [] 最終使用 []	
3. 以前楽に出来ていた事が今では億劫に感じられる			睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 早朝覚醒がある <input type="checkbox"/> 熟睡感がない <input type="checkbox"/> 寝すぎる <input type="checkbox"/> その他()	
4. 自分が役立つ人間だと思えない			食欲	<input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> あり	
5. 訳もなく疲れたような感じがする			自傷行為	<input type="checkbox"/> あり → 時期・きっかけ・手段 <input type="checkbox"/> なし	
《自殺項目》			自殺未遂歴	<input type="checkbox"/> あり → 時期・きっかけ・手段 <input type="checkbox"/> なし	
6. 死について何度も考える事がある		1個	抱えている問題		
7. 気分がひどく落ち込んで自殺について考える事がある			<input type="checkbox"/> 健康問題 <input type="checkbox"/> 勤務問題 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 経済・生活問題 <input type="checkbox"/> 男女問題 <input type="checkbox"/> 家庭問題 <input type="checkbox"/> 学校問題		
《自殺についての準備や計画》			exの記述有		
<input type="checkbox"/> 準備や計画がある <input type="checkbox"/> 準備や計画はない → 手段・時期・場所・どこまで準備が進んでいるか?		準備や計画が具体的である	最近ひどく困った事や辛いと思った事がある		
ex) ・配偶者や家族の死 ・親族や近隣の人の自殺 ・医療機関からの退院 等			時期: 内容:		

