

様式18

措置入院者の定期病状報告書

記入要領

※楷書で分かりやすい字で書いてください。
 ※太枠内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載してください。
 熊本県知事（熊本市長） 様

平成 年 月 日

※提出日の記入（年に2回報告、半年毎）
 但し、初回報告は3ヶ月後
 ※報告時期は、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後、18ヶ月後…

病院名 ※記載漏れや押印漏れにご注意
 所在地 ください
 管理者名 印

措置入院者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	提出日における満年齢。 記載漏れのないよう確認を (満 歳)
	氏名	氏名は正確に記載してください			
	住所	原則として住民票上の住所を記載してください。			
措置年月日	措置となった日を記載してください 日	今回の入院年月日	入院形態を問わず、今回の入院が実際に行われた日を記載します。		
		入院形態	上記の際の入院形態を記載。昭和63年6月以前は精神衛生法下の入院形態。複数の入院形態を経ている場合は、それぞれ順に記載を		
前回の定期報告年月日	必ず前回の報告書を確認のうえ記載してください。				
病名	I CD10(F00~F99 アルファベット文字を含めできるだけ3桁以上)に基づいて記載してください。特に「F0器質性精神障害」につきましては、ご留意願います。			3 身体合併症 ※てんかん(G40)はこの欄に記載ください。	
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	この欄の記載は推定発病年月日、他診療所及び他病院での受診歴等も記載してください。特に初発時から今回入院に至るまでの経過が分かるように具体的に記載してください。措置入院が長期に及んでいる場合は、入院後現在に至る経過についても簡単に記載してください。 ※生活歴については、生育歴、家族状況、就学・就業状況等を記載してください。(「特記事項なし」等の表現で省略しないでください。)生活歴及び陳述者氏名、続柄欄の記載漏れに注意してください。陳述者氏名は、具体的に記載を。(「主治医」、「カルテより」は不可。)				
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数	自病院のみでなく、他病院にも入院歴があれば入院形態も分かる範囲で記載してください。入院期間等が不明な時は「不詳」と記載してください。入院期間は入院形態の変化にかかわらず、入院して病院を実際に退院するまでとして記載してください。 ※入院形態、入院回数の記載漏れに注意してください。				
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は3か月間)の仮退院の実績	該当がない場合は、「0」回と記載してください。				
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果 (問題行動を中心として記載すること。)	治療内容とその結果の双方について、具体的に記載してください。 問題行動を特に前回の報告からどのように変化したかを中心として記載してください。				
今後の治療方針(再発防止への対応含む)	「薬物療法・精神療法」「現在の治療を継続する」というばく然とした表現は避け、治療の内容について具体的に記載してください。				
処遇、看護及び指導の現状	隔離	i 多様 ii 時々 iii ほとんど不要			該当するものを○で囲んでください。
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要			
	日常生活の介助指導必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他 ()			

重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後起こるおそれある行動）		現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。）	
1 殺人	A	B	<p>）</p> <p>＜現在の精神症状＞ 意識、知能、記憶、知覚、思考、感情・情動、意欲、自我意識、食行動の精神症状のカテゴリーの諸項目につき、該当する全てのローマ数字、算用数字を○印で囲んでください。</p> <p>＜その他の重要な症状＞及び＜問題行動等＞ てんかん発作、自殺念慮、物質依存、その他、措置入院の継続の判断に関連する「その他重要な症状」や暴言、徘徊、不潔行為、その他、「問題行動等」があれば、該当する算用数字を○印で囲んでください。</p> <p>＜現在の状態像＞ ※必ず記載してください。 これらを総括するように「現在の状態像」の該当する算用数字を○印で囲んでください。</p> <p>※＜現在の精神症状＞、＜その他の重要な症状＞及び＜問題行動等＞、＜現在の状態像＞の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置いてください。</p>
2 放火	A	B	
3 強盗	A	B	
4 強姦	A	B	
5 強制わいせつ	A	B	
6 傷害	A	B	
7 暴行	A	B	
8 恐喝	A	B	
9 脅迫	A	B	
10 窃盗	A	B	
11 器物損壊	A	B	
12 弄火又は失火	A	B	
13 家宅侵入	A	B	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B	
15 自殺企図	A	B	
16 自傷	A	B	
17 その他 ()	A	B	
Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲んでください。			
診 察 時 の 特 記 事 項		日頃の病棟での日常生活態度と行動、診察時の態度、表情、及び具体的な精神症状、また、自傷・他害症状を含め、措置入院形態に該当する理由を具体的に記載してください。	
本報告に係る診察年月日		指定医が実際に診察を行った日を記載してください。	
診 察 し た 精神保健指定医氏名		診断した精神保健指定医自身が署名してください。	

審 査 会 意 見	
都 道 府 県 の 措 置	