

入院患者調査票（スタッフ用）

医療機関番号

患者整理番号

患者の基本属性

問1 患者の性別【○は1つだけ】

1. 男性

2. 女性

※ F64 (ICD-10) の診断がある方の記載方法については、お問い合わせください。

問2 患者の年齢

満（ ）歳 [令和元年6月30日現在]

問3 患者の現住所(住民基本台帳上の区分)【○は1つだけ】

1. 東区

2. 博多区

3. 中央区

4. 南区

5. 城南区

6. 早良区

7. 西区

問4 手帳の有無【○はあてはまるもの全て】

1. 精神障害者保健福祉手帳 ⇒ () 級

2. 身体障害者手帳 ⇒ () 級

3. 療育手帳 ⇒ 判定 ()

問5 障がい支援区分【○は1つだけ】

1. 受けている

2. 非該当

3. 申請していない

問 6 医療費の窓口負担(保険の種類等)【○はあてはまるもの全て】

- | | | | |
|------------|---------|---------|---------|
| 1. 健保 | 2. 国保 | 3. 船員保険 | 4. 共済組合 |
| 5. 後期高齢者医療 | 6. 生活保護 | 7. 自費のみ | |
| 8. その他 () | | | |

問 7 介護保険の要介護認定(患者の年齢が40歳以上の場合に記入ください)【○は1つだけ】

- | | | |
|----------|--------|------------|
| 1. 受けている | 2. 非該当 | 3. 申請していない |
|----------|--------|------------|

問 8 患者の自宅の住まいの形態(令和元年6月30日現在)【○は1つだけ】

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. 自分や家族の持ち家 | |
| 2. 民間の借家や賃貸アパート・マンションなど | |
| 3. 市営・県営住宅、公社・UR(公団)住宅 | |
| 4. 地域の中で仲間と生活する、世話人がいる共同住宅(グループホーム) | |
| 5. 高齢者の入居施設 (特別養護老人ホームや軽費老人ホームなど) | |
| 6. なし | |
| 7. その他 () | |

問 9 同居者の続柄(本人からみた続柄)【○はあてはまるもの全て】

- | | | | |
|------------------------|------------|---------|-------------|
| 1. 父親 | 2. 母親 | 3. 祖父母 | 4. 配偶者(夫・妻) |
| 5. 子ども | 6. 兄弟姉妹 | 7. 孫、ひ孫 | |
| 8. グループホーム、入所施設等の共同生活者 | 9. その他 () | | |
| 10. 同居者はいない(一人暮らし) | | | |

問 10 家族の支援体制【○は1つだけ】

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. 定期的な支援 (3ヶ月に1回以上) | 2. 稀な支援 (4ヶ月～3年に1回以上) |
| 3. なし (「緊急時のみ連絡」も含む) | 4. 身寄りなし |

問 11 成年後見制度の利用【○は1つだけ】

1. 利用している

2. 利用していない

3. 申立中

問11-1は、問11で「1. 利用している」を選んだ方のみお答えください

問 11-1 利用している成年後見制度の詳細【○は1つだけ】

1. 後見

2. 保佐

3. 補助

患者の疾患や入院状況

問 12 主な診断名(ICD-10で分類)【○は1つだけ】

- | | | |
|-----|-------|---|
| 1. | F00 | アルツハイマー型認知症 |
| 2. | F01 | 血管性認知症 |
| 3. | F0 | 上記以外の症状性を含む器質性精神障害
《アルツハイマー型認知症、血管性認知症を除く》 |
| 4. | F10 | アルコール使用による精神及び行動の障害 |
| 5. | F1 | 覚せい剤による精神及び行動の障害 |
| 6. | F1 | アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害 |
| 7. | F2 | 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 |
| 8. | F3 | 気分(感情)障害 《双極性感情障害を除く》 |
| 9. | F31 | 双極性感情障害 |
| 10. | F4 | 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 |
| 11. | F5 | 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 |
| 12. | F6 | 成人のパーソナリティ及び行動の障害 《病的賭博、性同一性障害を除く》 |
| 13. | F63.0 | 病的賭博 |
| 14. | F64 | 性同一性障害 |
| 15. | F7 | 精神遅滞〔知的障害〕 |
| 16. | F8 | 心理的発達の障害 |
| 17. | F9 | 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害 |
| 18. | | てんかん (F0に属さないものを計上する) |
| 19. | | その他 () |
| 20. | | 診断保留 |

※ F0 は、《 》内のカテゴリーを除いた分類とみなしてしてください。

問 13 初めて精神科・神経科を受診した時の年齢【○は1つだけ】

1. () 歳頃 と推定される 2. わからない

問 14 以前の精神科病院の入院の有無と回数(他医療機関を含む)【○は1つだけ】

1. 入院あり ⇒ () 回 2. なし 3. わからない

問14-1は、問14で「1. 入院あり」を選んだ方のみお答えください

問 14-1 前回入院の退院年月(及び入院期間)

前回退院： 昭和・平成・令和
入院期間： () 年 () ヶ月くらい

問 15 今回の入院年月

昭和・平成・令和 () 年 () 月

問 16 入院時の入院形態【○は1つだけ】

1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 緊急措置入院 5. 応急入院

患者の病状等

問 17 現在の病状の程度【○は1つだけ】

- | | | |
|------------------------------|---|--------|
| 1. 近く退院予定 | → | 問 18 〜 |
| 2. 医学的には退院可能だが、支援がないので退院できない | → | |
| 3. 医学的に退院困難な状態 | → | 問 20 〜 |

退院するために必要な条件等

問 18 今後 退院に向けて、どのような支援が必要ですか【〇はあてはまるもの全て】

1. 本人の退院に対する動機づけ(意欲喚起)
2. 家族の協力(病状の理解や退院後の受入など)
3. 日常生活能力の向上や病気の理解(OTや心理教育など)
4. 社会資源の活用や生活環境調整などのソーシャルワーク(退院後生活環境相談員など)
5. 地域の支援機関による退院後の生活に向けて入院中からの支援(地域移行支援など)
6. その他(

問 19 退院して地域で生活するために、どのような支援が必要ですか【〇はあてはまるもの全て】

1. 病院や診療所での精神科デイケア・ナイトケアなど
2. 精神科の救急医療体制
3. 精神科医の往診
4. 訪問看護
5. 障がい福祉サービス事業所(自立訓練や就労支援など)の利用
6. 地域活動支援センター(生活上の相談やサークル活動, 居場所など)の利用
7. 障がい者基幹相談支援センター(福祉サービス等の相談に応じ, 必要な支援を行う)の利用
8. 障がい者の就労支援に関する相談窓口
9. 権利擁護に関する相談窓口
10. 病院に入院している方などを地域生活へ移行し、定着するための支援
(地域移行・地域定着支援)
11. 障がい福祉サービス利用に関する支援 (計画相談支援)
12. 一定期間居住の場を利用して生活能力の維持向上のための訓練を受けられる場所
(宿泊型自立訓練など)
13. 安心して暮らせる住まい(アパート・グループホーム)が確保されていること
14. 本人に代わって金銭管理をするサービス (日常金銭管理サービス)
15. 要介護度に応じて受けられるサービス (介護保険サービス)
16. 家族や親戚などの身内
17. 友人や知人など
18. 民生委員・児童委員
19. 行政機関の職員 (保健所、福祉事務所等の相談窓口)
20. 福祉施設などに所属する当事者の職員 (ピアスタッフ)
21. 自助グループなどに参加する同じ体験をもつ仲間
22. 成年後見人・保佐人などの法定代理人
23. その他 ()

精神障がい者に対する保健福祉医療制度等全般について

問 20 精神障がい者の保健福祉医療制度等について、ご意見・ご要望等があれば
ご自由にお書きください（患者様からのご要望等がありましたら、ご記入ください）