

病状調査票（外来・入院）【一般】

調査年月日 年 月 日 実施
担当CW氏名

調査対象者	ケース No.			医療機関	名称	病院 医院
	氏名					(科)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳				主治医	

主 訴	
担当者が見た生活状況	
調査目的	<input type="checkbox"/> 稼働能力 <input type="checkbox"/> 他法他施策の活用（精神通院医療・更生医療・障害年金 等） <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> その他 ()

傷病名	1.	初診日 ()	通院 状況		年 月 回
	2.	()			年 月 回
	3.	()			年 月 日
	4.	()	入院 状況	入院	年 月 日
				退院	年 月 日

※ この調査票は北九州市医師会と北九州市保健福祉局の覚書の定めによるものであり、最終的に就労の可否の判断は主治医意見、日常生活の状況、就労歴や資格、雇用状況等を総合的に勘案し、福祉事務所の責任で行います。

1 病状（概要、治療内容）

2 経過

- 軽快の傾向
- やや快方の傾向
- 不変
- やや悪化の傾向
- 悪化

3 療養上の留意点（指示事項、療養態度、要望 等）

4 今後の治療方針

- 通院・入院不要 通院要（月・週 回） 入院要（ 日・月程度）

5 治癒の見込み

- ヶ月で治癒（予定） 見込みが立たがたい 見込みなし

主治医意見

病状調査票（外来・入院） 【精神】

調査年月日 年 月 日 実施
担当CW氏名

調査対象者	ケースNo.		医療機関	名称	病院 医院
	氏名	□男 □女 歳			()科)
主治医					
主訴					
担当者が見た生活状況					
<input type="checkbox"/> 稼働能力 <input type="checkbox"/> 他法他施策の活用（精神通院医療・更生医療・障害年金 等） <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

傷病名	初診日	年 月 日	通状院況	年 月 日
	1. ()	年 月 日		入院 退院
	2. ()	年 月 日		
	3. ()	年 月 日		年 月 日
	4. ()	年 月 日		年 月 日

※ この調査票は北九州市医師会と北九州市保健福祉局の覚書の定めによるものであり、最終的に就労の可否の判断は主治医意見、日常生活の状況、就労歴や資格、雇用状況等を総合的に勘案し、福祉事務所の責任で行います。

1 病状（概要、治療内容）

2 現在処方されている調剤

3 現在の状態像等

主治医意見	1 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	2 躁状態	<input type="checkbox"/> 行為心拍 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	3 幻想妄想状態	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	4 精神運動興奮及び昏迷の状態	<input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	5 統合失調症等残遺状態	<input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	6 情動及び行動の障害	<input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常その他（ ） <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	7 不安及び不穏	<input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 乖離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	8 てんかん発作等（けいれんおよび意識障害）	<input type="checkbox"/> てんかん発作：発作区分（ア 意識障害がないが、随意運動が失われる イ 意識を失い、行為が途絶するが倒れない ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	9 精神作用物質の乱用及び依存等	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚せい剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	10 知能・記憶・学習・注意の障害	<input type="checkbox"/> 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳：（なし・A1・A2・B1・B2） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の記憶障害（ ） <input type="checkbox"/> 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他（ ） <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	11 広汎性発達障害関連症状	<input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常道的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）

主治 医 意 見	<p>4 経過</p> <p> <input type="checkbox"/> 軽快の傾向 <input type="checkbox"/> やや快方の傾向 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> やや悪化の傾向 <input type="checkbox"/> 悪化 </p>	
	<p>5 療養上の留意点（指示事項、療養態度、要望 等）</p>	
<p>6 今後の治療方針</p> <p> <input type="checkbox"/> 通院・入院不要 <input type="checkbox"/> 通院要（月・週 回） <input type="checkbox"/> 入院要（ 日・月程度） </p>		
<p>7 治癒の見込み</p> <p> <input type="checkbox"/> 〇ヶ月で治癒（予定） <input type="checkbox"/> 見込みが立てがたい <input type="checkbox"/> 見込みなし </p>		
<p>8 医学的に見た就労に関する意見</p> <p>(1) 現在治療中の傷病に関して、現時点で仕事をするうえで何らかの制限がありますか。</p> <p> <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 仕事はできない <input type="checkbox"/> 判断できない </p> <p>(2) 「制限あり」の場合、具体的にどのような制限がありますか。</p> <p>ア 仕事の内容での制限</p> <p>※ 参考：過去の就労歴と持っている資格 【 】</p> <p>（例） 長時間の立ち仕事は難しい 服薬の影響で運転業務は難しい 一日中動き回る仕事は難しい 等</p> <p>イ 時間的な制限</p> <p>（例） 回復期のためフルタイムの就労は難しいが半日程度なら可能 通院が必要なので毎日の仕事は難しいが週3日程度なら可能 等</p>		
担当者意見		
嘱託医協議	<p>1 療養指導（入院・通院）</p> <p>2 軽就労指導</p> <p>3 普通就労指導</p> <p>4 検診命令</p> <p>5 その他（ ）</p>	嘱託医からの指示事項

長期入院患者病状調査票（一般）

調査年月日 年 月 日 実施
担当CW氏名

調査対象者	ケース No.		医療機関	名称	病院 医院	
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳			(科)	
				主治医		
調査目的		<input type="checkbox"/> 病状把握および退院の可能性についての確認 <input type="checkbox"/> 他法他施策の活用（精神通院医療・更生医療・障害年金 等） その他 ()				
傷病名	1. 初診日 ()		入院 期間	入院	年 月 日	
	2. ()			退院	年 月 日	
	3. ()			入院期間	(年 ヶ月)	
	4. ()			*入院基本料が特定療養費化する日 年 月 日		
主治医意見	1 病状（入院後の経過等） <input type="checkbox"/> 軽快の傾向 <input type="checkbox"/> やや快方の傾向 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> やや悪化の傾向 <input type="checkbox"/> 悪化					
	2 療養上の留意点（指示事項、療養態度、要望 等）					
	3 治癒の見込み <input type="checkbox"/> () ヶ月で治癒（予定） <input type="checkbox"/> 見込みが立てがたい <input type="checkbox"/> 見込みなし					
	4 退院の可能性について <input type="checkbox"/> 退院可能（平成 年頃退院予定） <input type="checkbox"/> 居宅生活可能（自立） <input type="checkbox"/> 居宅生活可能（介護サービス導入） <input type="checkbox"/> 介護施設等移行（特養・老健・介護療養型・その他【 】） <input type="checkbox"/> 施設入所等移行（グループホーム・福祉ホーム・救護施設・その他【 】） <input type="checkbox"/> 医療上の問題により退院困難 <input type="checkbox"/> 病状不安定 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> その他【 】 <input type="checkbox"/> 医療以外の問題により退院困難 <input type="checkbox"/> 見守り可能な家族がいない <input type="checkbox"/> 住居の確保が困難 <input type="checkbox"/> 適当な施設がない <input type="checkbox"/> 施設の空きがない <input type="checkbox"/> その他【 】					
見	1. 自立支援医療 (精神通院医療・更生医療)		<input type="checkbox"/> 無 (新たに認定(変更)の可能性: 有・無)	<input type="checkbox"/> 有	認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
	2. 精神障害者保健福祉手帳		<input type="checkbox"/> 無 (新たに認定(変更)の可能性: 有・無)	<input type="checkbox"/> 有	級 認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	
	3. 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 無 (新たに認定(変更)の可能性: 有・無)	<input type="checkbox"/> 有	級 (障害概要:)	
	4. 療育手帳		<input type="checkbox"/> 無 (新たに認定(変更)の可能性: 有・無)	<input type="checkbox"/> 有	判定: 次回判定日 年 月 日	
	5. 障害年金受給		<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当			
	6. 要介護認定		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度: 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日	

病院事務記入欄

収入等	1. 年金	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有	種類：	月額：	円
	2. 援助	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有	援助者（続柄）：	円	
その他	3. その他	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有	種類： 日額・月額・年額	円（	）
	4. 手持ち金（日用品費残額）	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有	月 日 現在	円（管理方法：病院・本人・その他）	
その他	1. 面会人	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有	氏名（続柄）：	頻度： 年 ・ 月	回
	2. 帰来先	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有	住所等：		
	3. 緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 有	氏名：	電話番号：	

調査員記入（ 年 月 日 調査）

患者実態把握	1. 患者の状況	
	2. 患者からの要望	
	3. その他	
担当者意見		
嘱託医協議	1 入院治療を認める 2 入院治療を認めない 3 その他（ ）	嘱託医からの指示事項

項目	年月日	年月日	項目	年月日	年月日	参考となる値及び所見 (エコー、組織診、腫瘍マーカー等)	
	年月日	年月日		年月日	年月日		
検査データ	身長	cm	BUN	mg/dl	mg/dl		
	体重	kg	クレアチニン	mg/dl	mg/dl		
	血圧	～	総コレステロール	mg/dl	mg/dl		
	総蛋白	g/dl	中性脂肪	mg/dl	mg/dl		
	アルブミン	g/dl	血清ナトリウム	mEq/l	mEq/l		
	γ-グロブリン	%	血清カリウム	mEq/l	mEq/l		
	総ビリルビン	mg/dl	アミラーゼ (血)	IU/l	IU/l		
	白血球	$\times 10^3/\mu\text{l}$	血糖値	空腹時	mg/dl		mg/dl
	赤血球	$\times 100/\mu\text{l}$		2時間後	mg/dl		mg/dl
	ヘモグロビン	g/dl	ヘモグロビンA1c	%	%		
	GOT	IU/l	尿	蛋白	- ± + 2+ 3+		- ± + 2+ 3+
	GPT	IU/l		糖	- ± + 2+ 3+		- ± + 2+ 3+
	LDH	IU/l		潜血	- ± + 2+ 3+		- ± + 2+ 3+
	ALP	IU/l	ウイルス性肝炎				
	γ-GTP	IU/l	抗原・抗体				

長期入院患者病状調査票（精神）

調査年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 実施
担当CW氏名 _____

調査対象者	ケース No. _____ 氏名 _____	医療機関	名称	病院 _____ 医院 _____ (_____ 科)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳 _____		主治医 _____	
調査目的	<input type="checkbox"/> 病状把握および退院の可能性についての確認 <input type="checkbox"/> 他法他施策の活用（精神通院医療・更生医療・障害年金 等） (_____)			
傷病名	初診日 _____ (_____)		入院期間	入院 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退院 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院期間 (_____ 年 _____ 月) * 入院基本料が特定療養費化する日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
主治医	1 病状（入院後の経過等） <input type="checkbox"/> 軽快の傾向 <input type="checkbox"/> やや快方の傾向 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> やや悪化の傾向 <input type="checkbox"/> 悪化			
注意	2 療養上の留意点（指示事項、療養態度、要望 等） 3 治癒の見込み <input type="checkbox"/> (_____)ヶ月で治癒（予定） <input type="checkbox"/> 見込みが立てがたい <input type="checkbox"/> 見込みなし			
見	4 退院の可能性について <input type="checkbox"/> 退院可能（平成 _____ 年頃退院予定） <input type="checkbox"/> 居宅生活可能（自立） <input type="checkbox"/> 居宅生活可能（介護サービス導入） <input type="checkbox"/> 介護施設等移行（特養・老健・介護療養型・その他【 _____ 】） <input type="checkbox"/> 施設入所等移行（グループホーム・福祉ホーム・救護施設・その他【 _____ 】）			
見	5 医療上の問題により退院困難 <input type="checkbox"/> 病状不安定 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】			
見	6 医療以外の問題により退院困難 <input type="checkbox"/> 見守り可能な家族がない <input type="checkbox"/> 住居の確保が困難 <input type="checkbox"/> 適当な施設がない <input type="checkbox"/> 施設の空きがない <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】			
見	7 自立支援医療（精神通院医療・更生医療） <input type="checkbox"/> 無 (新たに認定（変更）の可能性：有・無) <input type="checkbox"/> 有 認定期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
見	8 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 (新たに認定（変更）の可能性：有・無) <input type="checkbox"/> 有 級 _____ 認定期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
見	9 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 (新たに認定（変更）の可能性：有・無) <input type="checkbox"/> 有 級 (障害概要： _____)			
見	10 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 (新たに認定（変更）の可能性：有・無) <input type="checkbox"/> 有 判定： _____ 次回判定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
見	11 障害年金受給 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当			
見	12 要介護認定 <input type="checkbox"/> 無 要介護度： _____ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 有 認定期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日			

病院事務記入欄

収入等	1. 年金	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 種類： _____ 月額： _____ 円
	2. 援助	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 援助者（続柄）： _____ 円
	3. その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 種類： 日額・月額・年額 _____ 円（ _____ ）
	4. 手持ち金（日用品費残額）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 _____ 月 _____ 日 現在 _____ 円（管理方法：病院・本人・その他）
その他	1. 面会人	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 氏名（続柄）： _____ 頻度： 年・月 _____ 回
	2. 帰来先	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 住所等： _____
	3. 緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 氏名： _____ 電話番号： _____

調査員記入（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 調査）

患者実態把握	1. 患者の状況	
	2. 患者からの要望	
	3. その他	
担当者意見		
嘱託医協議	1 入院治療を認める 2 入院治療を認めない 3 その他（ _____ ）	嘱託医からの指示事項

病状又は状態像	1 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	2 躁状態	<input type="checkbox"/> 行為心拍 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	3 幻想妄想状態	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	4 精神運動興奮及び昏迷の状態	<input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	5 統合失調症等残遺状態	<input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	6 情動及び行動の障害	<input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	7 不安及び不穏	<input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 乖離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	8 てんかん発作等（けいれんおよび意識障害）	<input type="checkbox"/> てんかん発作：発作区分（ア 意識障害がないが、随意運動が失われる イ 意識を失い、行為が途絶するが倒れない ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する エ 意識障害を呈し、情況にそぐわない行為を示す） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	9 精神作用物質の乱用及び依存等	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚せい剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	10 知能・記憶・学習・注意の障害	<input type="checkbox"/> 知的障害（精神遅滞） ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳：（なし・A1・A2・B1・B2） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の記憶障害（ _____ ） <input type="checkbox"/> 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	11 広汎性発達障害関連症状	<input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常道的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）