

精神疾患患者のための多職種連携用紙

行き _____

記入日 年 月 日

※全ての項目を記入する必要はありません。
必要と考えられる情報のみご記入ください。

記入者		印
	TEL () FAX () e-mail	

患者情報	患者氏名	(ふりがな) _____	男・女	〒 _____
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)		TEL () FAX ()

生活状況	◆現在の状況		
	状況①	状況②	その他
	◆生活で気になること(ご本人の話)		
	◆副作用・アレルギーの発症状況		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(「有」とした場合、具体的な事項があれば記入)		
◆服薬状況、残薬状況等			
飲み忘れ	(具体的な事項があれば記入)		
残薬状況	(具体的な事項があれば記入)		

◆患者への服薬指導の実施内容・考慮すべき連絡事項等

◆副作用について

①副作用	便秘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(具体的な事項があれば記入)
	口渇	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	気分高揚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	食欲高進	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	眠気	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	歩行困難	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	動作緩慢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	流涎過多	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	筋強剛	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	手振戦	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	アカンジア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	ジストニア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	ジスキネジア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	②精神的訴え	不安・恐怖	
不眠		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
イライラ		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
気分の波		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
うつ状態		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
易疲労感		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
幻覚・妄想		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
③体重変化	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

◆生活、精神状況について

その他、特記事項

精神疾患患者のための多職種連携用紙

記入例

〇〇薬局 〇〇店 行き

記入日 2020年00月00日

※全ての項目を記入する必要はありません。
必要と考えられる情報のみご記入ください。

記入者	〇〇〇〇〇 連携 花子		
		TEL 00 (0000)	0000
		FAX 00 (0000)	0000
		e-mail xxxxx@xxxxxx.com	

患者情報	(ふりがな) かんじゃ たろう	〒 000 - 0000
	患者 太郎 様	東京都〇〇区〇〇〇 0-00-00 〇〇マンション202号室
	生年月日 明・大・昭・平・令 00年00月00日生(00歳)	TEL 00 (0000) 0000 FAX 00 (0000) 0000

生活状況	◆現在の状況		
	状況① ・以前に入院されていた時にお世話になったナースの話をする事も多い。	状況② ・月・水・金の週3日デイサービスに通所されている。	その他 ・現在の記憶と過去の記憶、将来への願望が混ざったり、結果的に発言内容が嘘になってしまうことがある。 ・チラシやパンフレットを集めることや電車が好き。 ・写真や本を常に持ち歩いている。
	◆生活で気になること(ご本人の話) ・不安で夜なかなか眠れないとお話がありました。		
	◆副作用・アレルギーの発症状況		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(「有」とした場合、具体的な事項があれば記入) 手が震えてしまうため、細かい作業が難しい。	
◆服薬状況、残薬状況等			
飲み忘れ	(具体的な事項があれば記入) 特になし。		
残薬状況	(具体的な事項があれば記入)		

◆患者への服薬指導の実施内容・考慮すべき連絡事項等

看護師例

・昼食後の〇〇薬を飲むのに苦労をしているようです。

◆副作用について

①副作用	便秘	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(具体的な事項があれば記入)
	口渇	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	看護師例 ・ご本人より、朝食後の〇〇薬を飲んだ後に、お腹がゆるくなることのあるとの話がありました。アレルギーや副作用なども考えられるでしょうか？
	気分高揚	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	食欲高進	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	眠気	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	歩行困難	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	動作緩慢	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	流涎過多	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	筋強剛	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	手振戦	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	アカンジア	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	ジストニア	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
ジスキネジア	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
②精神的訴え	不安・恐怖	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	・自分の思ったことが上手く伝わらなかったり、指摘を受けたりするとイライラされることがあります。落ち着いて話をして理解できる場合は問題ありません。(1~2時間、間を置くと落ち着かれることがほとんど) ・話を作ってしまうことがある。(ご家族より、〇〇8割~9割ほど盛っているとの話がありました)
	不眠	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	イライラ	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	気分の波	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	うつ状態	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	易疲労感	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	幻覚・妄想	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
③体重変化	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・体重が緩やかではありますが、減少傾向にあります。	

◆生活、精神状況について

精神保健福祉士例

・新しく入居された方に対して、暴言を吐いたりすることが見受けられます。また、叩いたり、本を投げるという場面もありました。
・かまって欲しいという欲求が顕著に見受けられ、会話が止まらないことも以前より増えました。(話を聞くことができないと「自分のことを無視する」とおっしゃることも)新しい入居者さんとの兼ね合いや環境の変化も大きく影響しているようです。
・新型コロナウイルスの影響で中止となっていた、デイサービスへの通所が再開したことが、心身に影響してくることも考えられます。

薬剤師 返信 : 00/00/00

・新しい入居者さまとの相性や、通所の日数も増えて疲労が出始めている可能性があります。当面の間は、通所の有無にかかわらず、〇〇〇内用液は2本まで、〇〇2包までとして、ご本人様には、それ以上の飲みすぎに注意をいただくようお願いください。
・電車デザインの新しいお薬手帳お届けしました。

その他、特記事項