

## 個別ケース調査票

ケース No. A- \_\_\_\_\_

- \* 貴院入院中の足立区民で、かつ長期（1年以上）入院している患者についてご回答ください。  
 \* 患者1名につき、1枚の調査票をご作成ください。調査票が不足する場合は、お手数ですがコピー対応をお願いいたします。

## 1 性別（あてはまるものに○）

<input type="checkbox"/>	男性
<input type="checkbox"/>	女性

## 2 年代（あてはまるものに○）

<input type="checkbox"/>	10歳未満
<input type="checkbox"/>	10代
<input type="checkbox"/>	20代
<input type="checkbox"/>	30代
<input type="checkbox"/>	40代
<input type="checkbox"/>	50代

<input type="checkbox"/>	60歳以上 65歳未満
<input type="checkbox"/>	65歳以上 70歳未満
<input type="checkbox"/>	70代
<input type="checkbox"/>	80代
<input type="checkbox"/>	90代以上

## 3 疾患名（あてはまるものに○）※複数回答可

<input type="checkbox"/>	統合失調症
<input type="checkbox"/>	うつ病
<input type="checkbox"/>	双極性感情障害
<input type="checkbox"/>	発達障害
<input type="checkbox"/>	知的障害

<input type="checkbox"/>	妄想性障害
<input type="checkbox"/>	若年性認知症
<input type="checkbox"/>	若年性以外の認知症
<input type="checkbox"/>	その他の精神疾患（ ）※
<input type="checkbox"/>	身体合併症（ ）※

※（ ）内には具体的な疾患名をご記入ください。

## 4 医療保険状況（あてはまるものに○）※複数回答可

<input type="checkbox"/>	無保険
<input type="checkbox"/>	生活保護
<input type="checkbox"/>	国民健康保険
<input type="checkbox"/>	社会保険（本人）
<input type="checkbox"/>	社会保険（家族の扶養）
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

## 5 家族状況（あてはまるものに○）

<input type="checkbox"/>	連絡が取れる家族がいる
<input type="checkbox"/>	家族はいるが連絡先不明
<input type="checkbox"/>	身寄りなし

→ 家族がいる場合、本人への支援は

<input type="checkbox"/>	支援可
<input type="checkbox"/>	支援拒否
<input type="checkbox"/>	拒否はないが支援困難

## 6 今回の入院について

(1) 初めての精神科入院か（分かる範囲でご回答ください）（あてはまるものに○）

<input type="checkbox"/>	初めて	<input type="checkbox"/>	2回目以上
--------------------------	-----	--------------------------	-------

⇒裏面へ

(2) 入院期間

	～2年未満
	2年～3年未満
	3年～5年未満
	5年～10年未満
	10年以上

(3) 入院形態（あてはまるものに○）

入院時		⇒	現在	
<input type="checkbox"/>	任意入院		<input type="checkbox"/>	任意入院
<input type="checkbox"/>	医療保護入院		<input type="checkbox"/>	医療保護入院
<input type="checkbox"/>	措置入院			

7 地域移行について（あてはまるものに○）

<input type="checkbox"/>	近いうちに退院可能
<input type="checkbox"/>	一定の条件が揃えば地域移行可能 → 8にご回答ください。
<input type="checkbox"/>	退院困難（障害重度、病状重度）、病識がない

8 現在、地域移行が困難である理由（あてはまるものに○） ※複数回答可

本人要因	<input type="checkbox"/>	病状が継続的に安定しない
	<input type="checkbox"/>	金銭管理ができない
	<input type="checkbox"/>	服薬管理ができない
	<input type="checkbox"/>	退院の意向が本人にない
	<input type="checkbox"/>	サービスを入れても日常生活が送れない
	<input type="checkbox"/>	日常生活動作ADLが低下している
	<input type="checkbox"/>	通院が難しい（往診対応が難しいを含む）
環境要因	<input type="checkbox"/>	住まい（施設を含む）がない
	<input type="checkbox"/>	同居可能な家族等がない
	<input type="checkbox"/>	近隣在住の家族等や、その他友人等の協力者がいない
	<input type="checkbox"/>	夜間・休日の相談先がない
	<input type="checkbox"/>	家族が退院を拒否している
	<input type="checkbox"/>	その他（具体的に： _____ ）

9 ご本人の退院への気持ち

<input type="checkbox"/>	退院の意向が強い
<input type="checkbox"/>	退院の意向はあるが消極的
<input type="checkbox"/>	退院の意向が無い
<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ）

10 足立区へのご意見・ご要望等がありましたら、ご自由にお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]