

※精神障害のある方については、追記してください。

※名前・施設名などは仮名または匿名で記入してください

ユーザ ID	U-
受講者氏名	

A. 加療中の医療機関について

- 1) あり → a) 医療機関名 (主治医)
 2) なし b) 病名・診断名 ()
 c) ご本人は病気・障害のことをどのように理解しておられますか？

()

B. 現状

- 1) 入院中 今回の入院はいつからですか？
 (S・H 年 月から 年 ヶ月入院)
 2) 在宅 最後の退院からどのくらいですか？
 (S・H 年 月退院)

C. これまでの加療歴

- 1) 初めて精神科にかかった時期
 (歳：S・H 年 月頃 初診時の医療機関)
 症状が初めて現れた時期
 (歳：S・H 年 月頃)
 どんな状態でしたか？

()

- 2) これまでの入院歴について
 (回・通算期間 年 ヶ月 入院形態： 任意・医療保護・措置)

D. 公費負担医療の利用 (有 無)

E. 精神保健福祉手帳の取得 (有 無 級)

F. 上記以外の障害手帳の取得 (療育手帳) (身体障害)

G. 精神科以外の現在の加療状況

- 1) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)
 2) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)
 3) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)

H. 家族歴等 特記すべきこと

()