

サービスコード記録

医療機関
医師

I 実施状況

		記入者	利用者 I D
1 月 日	平成 () 年 () 月 () 日		
2 時 間	① 移 動	() 分※往路分のみ → 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)	
	② コンタ外時間	() : () ~ () : () ※24 時間表記	
	③ 記録・準備	() 分	
3 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅 02 グループホーム 03 事業所、訪問看護部門	04 病院・診療所 (外来等) 05 入院中の病棟訪問 06 地域 (役所、買い物、散歩等)	07 電話 (発信) 08 電話 (受信) 09 その他 ()
4 コンタ外相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ (同機関他部署) 04 スタッフ (外部) 05 その他 ()		
5 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル 02 訪問したが不在 03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録 以下6以降の記録は不要		
6 状 況 【○は1つ】	01 通常時 02 ケア会議 03 拒否・コンタクト困難時 04 退院後1カ月以内の訪問 05 契約前の訪問 【緊急時：週4日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】 06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合) 07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)		
7 在宅時医学総合管理料 (月単位で包括評価) の算定の有無	<input type="checkbox"/> 算定している <input type="checkbox"/> 算定していない		

II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェックしてください)

8 請求内容	<input type="checkbox"/> 初診料	<input type="checkbox"/> 電話再診料
	<input type="checkbox"/> 往診料 ※先方から要請があった場合のみ請求可	⇒ <input type="checkbox"/> 緊急往診加算 <input type="checkbox"/> 診療時間加算 <input type="checkbox"/> 外来管理加算
	<input type="checkbox"/> 在宅患者訪問診療料	⇒ <input type="checkbox"/> 乳幼児加算 <input type="checkbox"/> 幼児加算 <input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケア加算 <input type="checkbox"/> 看取り加算
	<input type="checkbox"/> 通院・在宅精神療法 (<input type="checkbox"/> 700点 <input type="checkbox"/> 400点 <input type="checkbox"/> 330点)	⇒ <input type="checkbox"/> 深夜加算 <input type="checkbox"/> 死亡診断加算 <input type="checkbox"/> 16 km超の算定
	<input type="checkbox"/> 精神科継続外来支援・指導料	⇒ <input type="checkbox"/> 乳幼児加算 <input type="checkbox"/> 幼児加算 <input type="checkbox"/> 診療時間加算 <input type="checkbox"/> 在宅ターミナルケア加算 <input type="checkbox"/> 看取り加算 <input type="checkbox"/> 死亡診断加算 <input type="checkbox"/> 16 km超の算定
	<input type="checkbox"/> 精神科退院指導料	⇒ <input type="checkbox"/> 20歳未満加算 <input type="checkbox"/> 抗不安薬又は睡眠薬を3剤以上投与による減算 <input type="checkbox"/> 保健師等による療養生活環境整備支援加算 <input type="checkbox"/> 特定薬剤副作用評価加算
	<input type="checkbox"/> 精神科退院指導料	⇒ <input type="checkbox"/> 精神科地域移行支援加算

III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

9 請求しない理由 【該当する全てに○】	01 期間内における回数制限以上の訪問	04 退院日当日の訪問
	02 入院日当日の訪問	05 同日内の2回目以上の訪問
	03 入院中の (病棟) 訪問	06 その他 ()

IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含まれます)

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ()

サービスコード記録

福 社
事 業 所

I 実施状況		記入者	利用者 I D
1 月 日	平成 () 年 () 月 () 日		
2 時 間	① 移 動	() 分※往路分のみ ⇒ 主たる移動手段(徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)	
	② コンタ外時間	() : () ~ () : () ※24 時間表記	
	③ 記録・準備	() 分	
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している場合、主たる資格を1つ選択する	① 看護師	名	③ P S W
	② 准看護師	名	④ O T
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅	04 病院・診療所(外来等)	07 電話(発信)
	02 グループホーム	05 入院中の病棟訪問	08 電話(受信)
	03 事業所、訪問看護部門	06 地域(役所、買い物、散歩等)	09 その他()
5 コンタ外相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ(同機関他部署) 04 スタッフ(外部) 05 その他()		
6 キャンセル 【前日までに連絡があった場合は記録しない】	01 当日連絡によるキャンセル	} 以下7以降の記録は不要	
	02 訪問したが不在		
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録		
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時	03 拒否・コンタクト困難時	05 契約前の訪問
	02 ケア会議	04 退院後1カ月以内の訪問	
	【緊急時：週4日以上支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】		
	06 緊急時(病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)		
	07 緊急時(生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)		

II 報酬上の評価

8 月単位で包括評価されているものについてチェックしてください				
(1) 計画相談支援	<input type="checkbox"/> サービス利用計画なし・未契約 <input type="checkbox"/> サービス利用支援(1,600単位/月) <input type="checkbox"/> 継続サービス利用支援(1,300単位/月) <input type="checkbox"/> 利用上限額管理加算(150単位/月)			
(2) 地域相談支援	<input type="checkbox"/> サービス利用計画なし・未契約 <input type="checkbox"/> 地域移行支援サービス費(2,300単位/月) <input type="checkbox"/> 退院・退所月加算(2,700単位/月) <input type="checkbox"/> 集中支援加算(500単位/月)			
地域定着支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援サービス費[体制確保分](300単位/月)			
9 上記の月単位での包括請求以外に、今回のコンタクトについて個別に請求する報酬項目があればチェックしてください(電話でコンタクトした場合も含まれます)				
(1) 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業の体験利用加算(300単位/日) <input type="checkbox"/> 体験宿泊加算Ⅰ(300単位/日) <input type="checkbox"/> 体験宿泊加算Ⅱ(700単位/日)			
(2) 地域定着支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援サービス費[緊急時支援分](700単位/日)			
(3) 生活訓練 (訪問による)	報酬あり	報酬無し		
	1時間未満 <input type="checkbox"/>	1時間以上 <input type="checkbox"/>	期間内における回数制限以上の訪問で無報酬 <input type="checkbox"/>	同日内の2回目以上の訪問で無報酬 <input type="checkbox"/>
(4) その他	<input type="checkbox"/> 市委託事業			

III 支援の実施内容(電話でコンタクトした場合も含まれます)

10 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助(移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他()

サービスコード記録

訪問看護
ステーション

I 実施状況		記入者		利用者 I D				
1 月 日	平成 () 年 () 月 () 日							
2 時 間	① 移 動	() 分※往路のみ ⇒ 主たる移動手段 (徒歩・自転車・自動車・原付・電車・バス)						
	② コンタ外時間	() : () ~ () : () ※24 時間表記						
	③ 記録・準備	() 分						
3 スタッフ ※1人が複数資格を保有している 場合、主たる資格を1つ選択する	① 看護 師	名	③ P S W	名	⑤ 医 師	名	⑦ その他	名
	② 准看護 師	名	④ O T	名	⑥ 心 理 職	名		
4 提供場所 【該当する全てに○】	01 自宅	04 病院・診療所 (外来等)		07 電話 (発信)				
	02 グループホーム	05 入院中の (病棟) 訪問		08 電話 (受信)				
	03 事業所、訪問看護部門	06 地域 (役所、買い物、散歩等)		09 その他 ()				
5 コンタ外相手	01 本人 02 家族 03 スタッフ (同機関他部署) 04 スタッフ (外部) 05 その他 ()							
6 キャンセル 【前日までに連絡が あった場合は記録 しない】	01 当日連絡によるキャンセル		} 以下7以降の記録は不要					
	02 訪問したが不在							
	03 訪問したが拒否 ※コミュニケーションや安否確認等の支援が発生した場合は以下も記録							
7 状 況 【○は1つ】	01 通常時		03 拒否・コンタクト困難時		05 契約前の訪問			
	02 ケア会議		04 退院後 1 カ月以内の訪問					
	【緊急時：週 4 日以上 of 支援を必要としている場合、以下のどちらかに○】							
06 緊急時 (病変：薬物療法や入院等の医療面での治療変更の可能性を検討する場合)								
07 緊急時 (生活課題：生活の変動などで主として生活面でのサポートが必要な場合)								
8 報酬上の評価 (月単位で包括評価されているものについてチェックしてください)								
<input type="checkbox"/> 24 時間対応体制加算		<input type="checkbox"/> 24 時間連絡体制加算		<input type="checkbox"/> 特別管理加算				
<input type="checkbox"/> 訪問看護情報提供療養費		<input type="checkbox"/> 訪問看護ターミナルケア療養費		<input type="checkbox"/> 在宅患者連携指導加算				

II 診療報酬で請求した場合に記録してください (該当する診療報酬にチェック、又は○をしてください)

9 請求内容	訪問看護 管理療養費	精神科訪問看護 基本療養費	各種加算
(1) 月の初回訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 長時間加算 <input type="checkbox"/> 特別地域訪問看護加算
(2) 2~3 回目の訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 精神科緊急時訪問看護加算
(3) 4 回目以上の訪問の場合	<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 長時間精神科訪問看護加算
			<input type="checkbox"/> 夜間・早朝訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 深夜訪問看護加算
			<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 <input type="checkbox"/> 退院支援指導加算
			<input type="checkbox"/> 複数名精神科訪問看護加算
① 週の訪問が日曜日から数えて 4 回目以上の場合 (特別訪問看護指示書が出ている)			<input type="checkbox"/> 特別管理指導加算
4~12 回目の訪問 ⇒	<input type="checkbox"/>	I II III IV	<input type="checkbox"/> 在宅患者緊急時等カンファレンス加算
13 回目以降の訪問 ⇒		I II III IV	
② その他の場合	<input type="checkbox"/>	I II III IV	

III 診療報酬で請求しない場合に記録してください

10 請求しない 理由 【該当する全てに○】	01 職員の資格が該当外 (PSW・心理士等)	05 退院日当日の訪問
	02 期間内における回数制限以上の訪問	06 同日内の 2 回目以上の訪問
	03 入院日当日の訪問	07 事業所内での支援
	04 入院中の (病棟) 訪問	08 その他 ()

IV 支援の実施内容 (電話でコンタクトした場合も含まれます)

11 提供内容 【該当する全てに○】	01 関係性の構築	08 社会生活の援助 (移動・通信・銀行・役所の利用等)
	02 ケア計画の作成・ケアマネジメント・連絡調整	09 住環境に関する援助
	03 日常生活維持・生活範囲/技術の拡大/獲得	10 就労・就学に関する援助
	04 対人関係の維持・構築	11 受診同行
	05 家族への援助	12 入・退院時の調整・面会
	06 精神症状の悪化や増悪を防ぐ	13 不安の傾聴、日常的な相談 等
	07 身体症状の発症や進行を防ぐ	14 その他 ()

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

小平地区用

氏名: _____	病棟主治医: _____	入院日: ____年__月__日
ID : _____	外来主治医: _____	記入日: ____年__月__日
性別: (男・女)	担当 SW(いれば): _____	記入者: _____

I. 除外基準	あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>
1. 鑑定入院・医療観察法による入院である	<input type="checkbox"/>
2. 1週間以内の退院・転院の予定が決まっている	<input type="checkbox"/>
3. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり戻る病院が初めから決まっている	<input type="checkbox"/>
4. 入院前の外来が他院での通院である (退院後、センター病院を使う可能性がない)	<input type="checkbox"/>
5. 既に当院在宅支援室の訪問支援(PORT)の利用者である	<input type="checkbox"/>

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
(※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

II. 対象者の基本情報	
1. 居住地域: 小平市・東村山市・東大和市・国分寺市・武蔵村山市・東久留米市・立川市・清瀬市・他()	
2. 生年月日: ____年__月__日(____歳)	⇒ <input type="checkbox"/> 年齢が15歳未満もしくは65歳以上である
3. 診断名(ICD-10):	⇒ <input type="checkbox"/> 主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみ
4. 過去1年間の入院回数 (今回の入院は含まない): ____回	5. 生保受給: 1)有 2)無
6. 身体合併症: 1)糖尿病 2)他()	7. 身長・体重: 身長 ____cm 体重 ____kg
8. 同居家族: 1)有 2)無 ⇒ 有の場合: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい(____人) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子(____人) <input type="checkbox"/> 他()	
9. これまでの重大な問題歴: <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> わいせつ行為 <input type="checkbox"/> 他()	

III. ケアマネジメント基準: あてはまる状況に○をしてください。特に断りのない場合、過去1年の状況でお答え下さい				
問題行動	A. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行できない	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)について遂行できず継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1	不要:0
	1. 家族への暴力、暴言、拒絶をしたことがある	はい	いいえ	
	2. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為があったことがある	1	0	
	3. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	1	0	
	4. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0	
6. 上記以外の理由による警察・保健所介入があったことがある	1	0		
治療の困難性	1. 過去1年間の入院回数が1回以上である (今回の入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が2ヶ月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが2ヶ月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、又は治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある。また入院生活に必要な財源がない	1	0	
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない(ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0	
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった(警察・保健所は除く)	1	0	
	2. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0	
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0	
合計得点		点		
5点以上の場合ケアマネジメントを導入。裏面は在宅支援室(PORT)が記入。				

↓在宅支援室(PORT)記入欄

IV 基礎情報	
1. 正式な住所	
1)キャッチメントエリア内⇒介入群、2)キャッチメントエリア外⇒CTRL 群	
4. 婚姻状況 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	5. 発症年齢 歳
6. 障害年金の受給 1)有 2)無	7. 自立支援医療の利用 1)有 2)無
8. 障害程度区分 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定	
2. 地域の主たる支援者 1)有 2)無	
⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____	
3. 過去3か月間の社会資源利用状況(1か月に1回以上利用のあるもの、複数回答)	
1)デイケア、デイナイトケア	6)相談支援事業
2)訪問看護	7)就労支援
3)ホームヘルプサービス	8)グループホームなど共同住居
4)作業所など日中活動の場	9)ショートステイなど短期入所施設
5)地域活動支援センターなど集う場	10)その他()
V ACT 導入基準(歩勢)	
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	<input type="checkbox"/>
2. 表面【問題行動】のAまたはBいずれかにチェックが入っている	<input type="checkbox"/>
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数 <input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない) 2)入院日数 <input type="checkbox"/> 100日以上 3)医療中断 <input type="checkbox"/> 6か月以上
	あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/> いずれかに該当 <input type="checkbox"/>

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

- ・入院後 1 週間以内にご記入ください。
- ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
- ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。
- ・本用紙は回収いたしますので、カルテポケットに入れてください。

入院日: _____ 年 月 日 記入者: _____

病棟主治医: _____

		あてはまる状況に○	
問題行動	A. 6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を担えない	できない:2	休みがち・不安定:1 できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1 不要:0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0
治療の困難性	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0
	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0
経済問題	5. 今回の入院は措置入院である	2	0
	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0
家族状況	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0
	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所はのぞく)	1	0
	2. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0
合計得点		点	
医療福祉相談室参照用		あてはまる場合☑	
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である		<input type="checkbox"/>	
2. 主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである		<input type="checkbox"/>	
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である		<input type="checkbox"/>	
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている		<input type="checkbox"/>	
5. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、戻る病院が初めから決まっている		<input type="checkbox"/>	
6. 入院前の外来が他院での通院である		<input type="checkbox"/>	
7. 既に ACT または当院の訪問看護の利用者である		<input type="checkbox"/>	

↓ 医療福祉相談室 記入欄
(5点以上で除外基準に合致していなければ対象)

Ⅲ. 対象者の基本属性							
1. 住所:							
----- →1)キャッチメントエリア内 2)キャッチメントエリア外							
2. 生年月日: 西暦 年 月 日(歳)							
3. 診断名(ICD-10):							
4. 過去1年間の入院回数(今回の入院は含まない): _____回							
5. 生保受給: 1)有 2)無							
6. 身体合併症: 1)糖尿病 2)他()	7. 身長・体重: 体重: キ。 身長: cm						
8. 同居家族: 1)有 2)無 ⇒有の場合: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい(_人) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子(_人) <input type="checkbox"/> 他()							
9. 婚姻状況: 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	10. 発症年齢: _____歳						
11. 障害年金の受給: 1)有 2)無	12. 自立支援医療の利用: 1)有 2)無						
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定							
14. 地域の主たる支援者: 1)有 2)無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____							
15. 過去3か月間の社会資源利用状況(1か月に1回以上利用のあるもの、複数回答)							
1)デイケア、デイナーケア	6)相談支援事業						
2)訪問看護	7)就労支援						
3)ホームヘルプサービス	8)グループホームなど共同住居						
4)作業所など日中活動の場	9)ショートステイなど短期入所施設						
5)地域活動支援センターなど集う場	10)その他()						
Ⅳ. ACT-J 導入基準							
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	<input type="checkbox"/>						
2. 表面【問題行動】のAまたはBいずれかにチェックが入っている	<input type="checkbox"/>						
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">1)入院回数</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>2回以上(今回は含めない)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2)入院日数</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>100日以上</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3)医療中断</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/>6か月以上</td> </tr> </table>	1)入院回数	<input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)	2)入院日数	<input type="checkbox"/> 100日以上	3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上
1)入院回数	<input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)						
2)入院日数	<input type="checkbox"/> 100日以上						
3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上						
いずれかに該当 <input type="checkbox"/>							

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後 1 週間以内にご記入ください。
 ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: _____

病棟主治医: _____

入院日: _____ 年 月 日

1. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である	<input type="checkbox"/>
2. 主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである	<input type="checkbox"/>
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	<input type="checkbox"/>
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	<input type="checkbox"/>
5. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、 戻る病院が初めから決まっている	<input type="checkbox"/>
6. 入院前の外来が他院での通院である	<input type="checkbox"/>
7. 既に SACT の利用者である	<input type="checkbox"/>

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を担えない	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1	不要:0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0	
6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0		
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0	
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所はのぞく)	1	0	
	2. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0	
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0	
合計得点 (5 点以上は裏面も記入して下さい)		_____ 点		

Ⅲ. 対象者の基本属性		
1. 住所:		
----- →1)キャッチメントエリア内 2)キャッチメントエリア外		
2. 生年月日: 西暦 年 月 日(歳)		
3. 診断名(ICD-10):		
4. 過去1年間の入院回数(今回の入院は含まない): _____回		
5. 生保受給: 1)有 2)無		
6. 身体合併症: 1)糖尿病 2)他()	7. 身長・体重: 体重: kg 身長: cm	
8. 同居家族: 1)有 2)無 ⇒有の場合: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい(人) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 他()		
9. 婚姻状況: 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	10. 発症年齢: _____歳	
11. 障害年金の受給: 1)有 2)無	12. 自立支援医療の利用: 1)有 2)無	
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定		
14. 地域の主たる支援者: 1)有 2)無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____		
15. 過去3か月間の社会資源利用状況(1か月に1回以上利用のあるもの、複数回答)		

1)デイケア、デイナイトケア	6)相談支援事業	
2)訪問看護	7)就労支援	
3)ホームヘルプサービス	8)グループホームなど共同住居	
4)作業所など日中活動の場	9)ショートステイなど短期入所施設	
5)地域活動支援センターなど集う場	10)その他()	
Ⅳ. 参考情報(SACT旧カシオペアコース基準)		あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである		<input type="checkbox"/>
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている		<input type="checkbox"/>
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	1)入院回数 <input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含まない)	いずれかに該当 <input type="checkbox"/>
	2)入院日数 <input type="checkbox"/> 90日以上	
	3)医療中断 <input type="checkbox"/> 6か月以上	

【エンボスを以下に押す】

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後 1 週間以内にご記入ください。
 ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: _____

病棟主治医: _____

入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である	<input type="checkbox"/>
2. 主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである	<input type="checkbox"/>
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	<input type="checkbox"/>
4. 1 週間以内の退院・転院の予定が決まっている(院内での転棟のぞく)	<input type="checkbox"/>
5. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、戻る病院が初めから決まっている	<input type="checkbox"/>
6. 入院前の外来が他院での通院であり、退院後当院を使う可能性がない	<input type="checkbox"/>
7. 既にアウトリーチチームの利用者である	<input type="checkbox"/>
8. 3 か月以内に退院の見込みがない	<input type="checkbox"/>
9. 退院先がアウトリーチのキャッチメントエリア外である	<input type="checkbox"/>

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を担えない	できない:2	休みがち・不安定:1	できる:0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等)ができず、継続的支援を必要とする(家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要:2	必要:1	不要:0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断(主診断+知的障害・アルコール/薬物)がある	1	0	
6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0		
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった(初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	
	3. 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)	3	0	
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所はのぞく)	1	0	
	2. 支援をする家族がない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	2	0	
	3. 同居家族自身が困難な問題(介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等)を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0	
合計得点 (5 点以上は裏面も記入して下さい)		_____ 点		

Ⅲ. 対象者の基本属性	
1. 住所:	
2. 生年月日: 西暦 年 月 日(歳)	
3. 診断名(ICD-10):	
4. 過去1年間の入院回数(今回の入院は含まない): _____回	
5. 生保受給: 1)有 2)無	
6. 身体合併症: 1)糖尿病 2)他()	7. 身長・体重: 体重: <input type="text"/> kg 身長: <input type="text"/> cm
8. 同居家族: 1)有 2)無 ⇒有の場合: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい(人) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 他()	
9. 婚姻状況: 1)既婚 2)未婚 3)離別・死別	10. 発症年齢: _____歳
11. 障害年金の受給: 1)有 2)無	12. 自立支援医療の利用: 1)有 2)無
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定	
14. 地域の主たる支援者: 1)有 2)無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____	
15. 過去3か月間の社会資源利用状況(1か月に1回以上利用のあるもの、複数回答)	
1)デイケア、デイナイトケア	6)相談支援事業
2)訪問看護	7)就労支援
3)ホームヘルプサービス	8)グループホームなど共同住居
4)作業所など日中活動の場	9)ショートステイなど短期入所施設
5)地域活動支援センターなど集う場	10)その他()
Ⅳ. 参考情報	
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	あてはまる場合 <input type="checkbox"/>
2. 表面【問題行動】のAまたはBにチェックが入っている	<input type="checkbox"/>
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	いずれかに該当 <input type="checkbox"/>
1)入院回数	<input type="checkbox"/> 2回以上(今回は含めない)
2)入院日数	<input type="checkbox"/> 90日以上
3)医療中断	<input type="checkbox"/> 6か月以上

クライアントサービス受給指標
Client Service Receipt Inventory - Japanese version (CSRI-J)

調査 ID:	調査年月日: 年 月 日	第 回 目	記載者職種(ES / PCN)・氏名:
--------	---------------------	---------	---------------------

1. 雇用状態と賃金

就労・活動期間 (西暦で記入)	就労・活動形態 ①より選択	賃金 (時給換算)	労働・活動時間 (1週間あたり)	職種 ②より選択	仕事・活動内容 (具体的に記述)	備考
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		
年 月 日～ 年 月 日	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix	円	時間	i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii		

① 就労・活動形態について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : フルタイム就労 (一般) ii : アルバイト・パートタイム (一般) iii : フルタイム就労 (障害者雇用)
iv : アルバイト・パートタイム (障害者雇用) v : 精神障害者ステップアップ雇用
vi : 障害者試行雇用 (トライアル雇用) vii : 委託訓練 viii : 就労継続支援事業など就労準備機関での活動
ix : その他 (デイ・ケア通所なども含みます。詳細は備考欄に具体的に記述してください。)

② 職種について、上表内の対応する番号1つに○をつけてください。

i : (自社・事業体・法人) 運営主 ii : 専門職 (医師・教師・法律家など) iii : 関連専門職 (看護職・技術職など)
iv : 事務職 v : 技能職 (電気・土木作業など) vi : 営業職・販売員 vii : 工場職員 viii : その他

1 (2) 過去3カ月のあなたが就労で得た収入額はおいくらですか? 円 (税抜 or 税込)

1 (3) あなたは、就労先に自身の病気のことについて伝えていますか? 1 : はい 0 : いいえ

2 (1) 過去3カ月、病気による理由で何日間お仕事を休みましたか? 日

2 (2) (1)の休んだ日数のうち、精神疾患の症状や精神的疲労でお休みした日は何日間ですか? 日

3. 精神保健福祉手帳あるいは他の障害に関わる手帳を持っていますか?

0: なし 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 (級)

4 (1) あなたは、過去3カ月、所得を保証・援助する何らかの制度を利用していますか？

1：はい 0：いいえ

4 (2) (1)で「1：はい」の場合は、具体的にどんな制度を利用していますか？

	制度・手当・年金	利用・受給状況	月割支給額（等級）	
年金保険	障害基礎年金	1：はい 0：いいえ	級	支給額/月 合計 円
	障害厚生年金	1：はい 0：いいえ	級	
	障害共済年金	1：はい 0：いいえ	級	
	遺族基礎年金	1：はい 0：いいえ	級	
	遺族厚生年金	1：はい 0：いいえ	級	
	遺族共済年金	1：はい 0：いいえ	級	
	その他の年金（ ）	1：はい 0：いいえ	級	
雇用保険 (失業保険)	失業等給付金 (求職者給付・就職促進給付・教育訓練給付・雇用継続給付込み)	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
	その他（ ）	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
労働者災害補償 保険	(補償)一時金を含めた何らかの給付金	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
介護保険	等級で定められたサービス額(第2号被保険者)	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
医療保険	医療保険について、下記の給付や手当金などを貰った場合は、当てはまる保険を次の中から選んでください。	0:国民健康保険 1: 組合健康保険 2: 共済-国家公務員 3: 共済-地方公務員 4: 共済-市立教職員 5: 協会けんぽ 6: 船員保険 7: その他（ ） 8: なし		
	療養の給付、移送費、傷病手当金、出産育児一時金、葬祭費の合計		支給額/月	円
公的扶助	生活保護(世帯ごとに振り込まれる額)	1：はい 0：いいえ	支給額/月 合計	円
	生活保護・その他(家賃などの現物支給：)	1：はい 0：いいえ		
障害に関する制 度や手当など (社会手当・社 会サービス)	自立支援医療(精神通院医療)制度(自立支援法)	1：はい 0：いいえ	支給額/月 合計 円	
	特別児童扶養手当	1：はい 0：いいえ		
	障害児福祉手当	1：はい 0：いいえ		
	特別障害者手当	1：はい 0：いいえ		
	経過的福祉手当	1：はい 0：いいえ		
	特別障害給付金制度	1：はい 0：いいえ		
	その他（ ）	1：はい 0：いいえ		
都道府県/ 区市町村/ 社会福祉協議会 の事業	精神障害者福祉特別乗車券	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
	タクシー利用券	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
	その他の都府県 / 区市町村からの給付金（ ）	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
	その他の都府県 / 区市町村からの貸付金（ ）	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円
	その他（ ）	1：はい 0：いいえ	支給額/月	円

5. あなたの主たる収入源や生活資金として当てはまるもの1つに○をつけてください。

0：(自分の)収入 1：生活保護 2：年金 3：家族の扶養 4：貯金 5：その他（ ）

6. あなたの総収入はおいくらですか？

※年収か月収か当てはまるほうに○をつけ、当てはまる番号と税の状態の()に○をつけてください

年収	又は	月収	
1: () 800,000 円以下	6: ()	65,000 円以下	⇒右の額は、 ・税抜 () ・税込 ()
2: () 800,001～1,030,000 円	7: ()	65,001～85,000 円	
3: () 1,030,001～1,300,000 円	8: ()	85,001～110,000 円	
4: () 1,300,001～2,000,000 円	9: ()	110,001～160,000 円	
5: () 2,000,001 円以上	10: ()	160,001 円以上	

7. 福祉・地域サービス・施設利用

※1. 対象者に卓上カレンダーなどを見せて、3ヵ月のサービス及び施設の利用状況（頻度・時間）をたずねてください。

※2. 対象者が事業所名だけを覚えている場合、施設名を記録し、インターネットや電話などで各事業所種別について調べることもできます。

施設種別・サービス名		過去3カ月の 利用回数	合計利用 時間(h)	施設名
障害者自立支援法におけるサービス（*主に身体・知的・発達障害者向けのサービス）				
介護給付	居宅介護(ホームヘルプ)	回	時間	
	重度訪問介護*	回	時間	
	同行援護*	回	時間	
	行動援護	回	時間	
	重度障害者等包括支援*	回	時間	
	療養介護*	回	時間	
訓練等給付	生活介護*	回	時間	
	自立支援・自立訓練(通所型)	回	時間	
	自立支援・自立訓練(訪問型)	回	時間	
	就労移行支援	回	時間	
	就労継続支援 A 型	回	時間	
	就労継続支援 B 型	回	時間	
地域生活支援事業 (区市町村)	移動支援事業(ガイドヘルプ)	回	時間	
	地域活動支援センター I 型	回	時間	
	地域活動支援センター II 型	回	時間	
	地域活動支援センター III 型	回	時間	
	相談支援事業	回	時間	
	コミュニケーション支援事業*	回	時間	
	日常生活用具給付等事業*	回	時間	
	その他の事業()	回	時間	
地域生活支援 事業(都府県)	専門性の高い相談支援事業*	回	時間	
	その他の事業()	回	時間	
その他の相談支援サービス				
市区町村自治体(市役所の障害福祉課など)における相談窓口		回	時間	
保健所		回	時間	
精神保健福祉センター(都府県によっては、こころの健康総合センター)		回	時間	
市町村保健センター		回	時間	
福祉事務所		回	時間	
障害福祉サービス事業所:自立支援法移行前の小規模通所授産施設		回	時間	
障害福祉サービス事業所:自立支援法移行前の小規模作業所		回	時間	
障害福祉サービス事業所:その他の自立支援法移行前の事業所()		回	時間	
相談支援事業所:地域活動支援センター I 型(指定委託)		回	時間	
相談支援事業所:その他の都府県からの委託相談窓口()		回	時間	
相談支援事業所:その他の区市町村からの委託相談窓口()		回	時間	
学校等教育機関		回	時間	
成年後見制度(身上見守り・財産保護の活動含む)		回	時間	
日常生活自立支援事業(自立支援・財産保護の活動含む)		回	時間	
セルフヘルプ・グループ(患者・当事者会、家族会や断酒会なども含む)		回	時間	
その他()		回	時間	
その他の就労支援サービス				
障害者就業・生活支援センター(なかぼつ)		回	時間	
ハローワーク(公共職業安定所)		回	時間	
障害者職業センター		回	時間	
障害者能力開発校		回	時間	
職業リハビリテーションセンター		回	時間	
その他()		回	時間	
対照群の支援者による就労・生活支援		回	時間	

8. 住居サービス

(1) あなたが普段住んでいる場所として当てはまるもの1つに○をつけてください。

0: 自宅 1: 福祉住居サービス(グループ・ホーム、ケア・ホームなど) 2: その他()

(2) (1)で、「0: 自宅」を選んだ方は、同居されている方の有無を教えてください。

※同居されている方がいる場合は、同居されている方すべてに○をつけてください。

0: なし 1: あり
 (1: ありの場合)⇒ 0)父, 1)母, 2)配偶者, 3)きょうだい(人)
 4)祖父, 5)祖母, 6)子(人), 7)その他(続柄: 人)

(3) (1)で「1: 福祉住居サービス」を利用している場合、以下の回答をお願いします。

施設種別・サービス名		過去3カ月の 利用日数	施設名
介護給付	短期入所(ショートステイ)	日	
	障害者支援施設での夜間ケア等(施設入所支援)	日	
	共同生活介護(ケアホーム)*	日	
訓練等給付	自立支援・自立訓練(宿泊型)(旧援護寮)	日	
	共同生活援助(グループホーム)*	日	
地域生活支援事業	福祉ホーム*	日	
	その他()	日	

あなたの精神科の主治医がいる医療機関以外で、精神科医療を受けた場合にのみ、以下の質問について、教えてください

9. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科医療機関の外来やデイ・ケア、訪問看護を利用しましたか?

※1. 対象者に卓上カレンダーなどを見せて、3ヵ月のサービス及び施設の利用状況(頻度・時間)をたずねてください。
 ※2. 対象者が事業所名だけを覚えていない場合、施設名を記録し、インターネットや電話などで各事業所種別について調べることもできます。

サービス名	過去3カ月の利用回数	合計利用時間(h)	施設名など
医師の診察	回		
訪問看護 (備考欄に何名の看護師か記入)	単独の訪問 回 複数名訪問 回	時間	
精神科デイ・ケア (6時間)	回		
精神科ショート・ケア (3時間)	回		
精神科ナイト・ケア (4時間)	回		
精神科デイ・ナイト・ケア (10時間)	回		

10. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科病院に入院しましたか?

病棟種別	過去3カ月の 利用日数	入院の理由	入院形態 (1つに○をつけてください)	施設名
精神科療養病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
精神科救急病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
精神科急性期治療 病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
上記以外の精神科病棟	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	
他科の病棟 (急性薬物ICUなど)	日		任意/医療保護/措置/緊急措置/応急	

11. 過去3ヵ月、主治医のいる医療機関以外の精神科医療機関から、お薬をもらいましたか?

お薬の名称	量 (可能なら)	錠 (可能なら)	頻度 (一日何回)	どのくらいの期間、そのお薬を使用していますか
	mg	錠	1日 回	週間
	mg	錠	1日 回	週間
	mg	錠	1日 回	週間

カルテによるアウトカム票

ID		エントリー時 退院日	年 月 日
----	--	---------------	-------

※過去1年に他院に通院・入院している場合は、他院に問い合わせのうえ、確認すること

【退院時】

過去1年の2ヵ月以上の医療中断歴(初診の場合は無し) カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記録する		過去1年間の精神科入退院歴(※エントリー時の入院は含めない)		
2ヵ月間以上の中断を記録		入院年月日	退院年月日	入院時の入院形態
最終本人受診日	本人受診再開日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
過去1年の精神科救急利用歴		過去6ヵ月の入院回数()回		過去6ヵ月の入院日数()日回
年 月 日	年 月 日	過去1年の入院回数()回		過去1年の入院日数()回
年 月 日	年 月 日	過去1年の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数(逮捕までは至らずとも触法行為を行って留置された日数も含む)		
年 月 日	年 月 日	拘束開始日		拘束終了日
年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日

1. 合併症 * 調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。

① なし → 3. 血液データへ進む

② 有り 病名A() 病名B()
病名C() 病名D()
病名E() 病名F()

2. 合併症の治療施設

→ ①. 院内で治療中 → 院内で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)
②. 他院で治療中 → 他院で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)
③. その他() → あてはまる病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)

3. 直近の血液データ (検査日 年 月 日)

血糖値	
HbA1c	
総コレステロール	
HDL コレステロール	
LDL コレステロール	
中性脂肪	

【1年後】

過去6か月の2ヵ月以上の医療中断歴(初診の場合は無し) カルテ上本人の受診が2ヵ月以上間隔がある場合に記保する	
2ヵ月間以上の中断を記録 最終本人受診日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	本人受診再開日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6か月の精神科救急利用歴	
年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
過去6ヶ月の逮捕歴(逮捕状による逮捕・現行犯逮捕・緊急逮捕 など犯罪を構成するもののみ)	
逮捕された日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	内容

過去6か月の精神科入院退院歴(※エントリー時の入院は含めない)		
入院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	退院年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	入院時の入院形態
過去6か月の入院回数()回	過去6か月の入院日数()日	
過去1年の入院回数()回	過去1年の入院日数()日	
過去6ヶ月の逮捕・拘留・留置・禁固・懲役日数(逮捕までは至ら ずとも触法行為を行って留置された日数も含む)		
拘束開始日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	拘束終了日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	

1. 合併症 * 調査時点より過去1ヵ月間に、精神疾患以外の身体疾患の治療履歴がある場合を「有り」とする。

③ なし → 3. 血液データへ進む

② 有り 病名A() 病名B()
病名C() 病名D()
病名E() 病名F()

2. 合併症の治療施設

→ ①. 院内で治療中 → 院内で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)
②. 他院で治療中 → 他院で治療中の病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)
③. その他() → あてはまる病名は上記のうち(A・B・C・D・E・F)

3. 直近の血液データ(検査日 年 月 日)

血糖値	
HbA1c	
総コレステロール	
HDL コレステロール	
LDL コレステロール	
中性脂肪	

【多職種アウトリーチ】事業所調査票（管理的時間調査票）

記載年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

施設ID		施設名	
------	--	-----	--

I. 日常業務の時間配分、定期的な会議等の頻度、参加人数、その職種について、下記の空欄にご記入ください。

《 毎日のこと 》

通常の始業時間		時	分	朝の申し送り	開始時間	時	分
通常の終業時間		時	分		終了時間	時	分
昼の休憩	開始時間	時	分	夕方の申し送り	開始時間	時	分
	終了時間	時	分		終了時間	時	分
その他休憩時間			分				

《定期的に行うこと》

コア会議（運営会議）				ケースカンファレンス			
頻度	週	回or月	回	頻度	週	回or月	回
参加人数				参加人数			
看護師			人	看護師			人
准看護師			人	准看護師			人
P S W			人	P S W			人
O T			人	O T			人
心理職			人	心理職			人
医師			人	医師			人
その他			人	その他			人

II. 現在、貴事業所（あるいは貴部門）で勤務している方々の職種・勤務形態別に、人数、前月1カ月の労働日数、1カ月の実労働時間について下記空欄にご記入ください。

職種・勤務形態		人数	前月の実労働日数の合計	前月の実労働時間の合計
精神科医	常勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
看護師	常勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
准看護師	常勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
精神保健福祉士	常勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
作業療法士	常勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
心理職	常勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間
その他（ ）	常勤	人	日	時間
	非常勤	人	日	時間

【裏面に続きます】

Ⅲ. その他、日常的、定期的な業務がありましたら、その内容と時間をご記載ください。

【例：定期的な勉強会や連絡会、備品の点検、棚卸し 等】