

ECT患者紹介シート ①

患者情報	フリガナ:		男 / 女	生年月日: 年 月 日 (歳)
	氏名:			
紹介元医療機関	医療機関名称:			
	主治医:		担当:	TEL:
キーパーソン	氏名:		続柄:	TEL:
貴院入院日	年 月 日 現在の入院形態			<input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 措置
診断名				
ECT適応理由	<input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 自殺の危険 <input type="checkbox"/> 薬物抵抗性 <input type="checkbox"/> 身体状況			
	<input type="checkbox"/> ECTが効いた治療歴 <input type="checkbox"/> その他 (
緊急性	<input type="checkbox"/> 大至急治療が必要 <input type="checkbox"/> 早めに介入を要する(一週間程度) <input type="checkbox"/> 待機可能(1ヶ月程度)			
ECT治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	本人のECTへの同意		<input type="checkbox"/> 同意有 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明

合併症・既往歴など(わかる範囲でお願いします)	
頭蓋内病変(脳腫瘍など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期: 疾患名:)
脳血管疾患(脳出血、梗塞)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期: 疾患名:)
虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期: 疾患名:)
その他の循環器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期: 疾患名:)
呼吸器疾患や喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期: 疾患名:)
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期: 疾患名:)
骨折	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期: 部位:)
悪性症候群	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 過去の既往有 (発症時期:)
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (発症時期:)
高血圧	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (発症時期:)
現在の妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
使用不可薬剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

行動制限	<input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 身体的拘束 <input type="checkbox"/> いずれも無
行動範囲	<input type="checkbox"/> 開放病棟で対応可能 <input type="checkbox"/> 閉鎖病棟が必要 <input type="checkbox"/> 保護室が必要

検査所見(1カ月以内のデータをコピーして添付可)	
血液検査	WBC Hb Plt Na K Cl TP GOT GPT LDH <input type="checkbox"/> コピーを添付 T-bil AMY CK BUN Cre Glu HbA1C
頭部CTもしくはMRI	
心電図	