

## ECT患者紹介シート ①

患者情報	フリガナ: 氏名:	男 / 女	生年月日: 日 (歳)
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ヶ月以内のデータをコピーして添付也可)										
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										