

到着日 年 月 日

患者	フリガナ氏名： (男・女) 生年月日： 年 月 日 (歳)
担当スタッフ	主治医： 看護師： 精神保健福祉士：
病院名	Tel：
保護者	氏名： 続柄 () Tel：
費用区分	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 ()
関係機関および担当者 (Tel)	
入院日	年 月 日
現在の入院形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 措置入院
診断	
ECT の適応理由	<input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 自殺の危険 <input type="checkbox"/> 身体状況 <input type="checkbox"/> 薬剤抵抗性 <input type="checkbox"/> 薬剤忍容性不良 <input type="checkbox"/> ECT が効いた治療歴 <input type="checkbox"/> 患者希望 <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 (数日程度) <input type="checkbox"/> 待機可能 (数週程度)
本人の ECT への同意	<input type="checkbox"/> 同意有 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明
ECT の治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治療年月日： 年 月 日, 反応：)

ECT を慎重に検討する合併症

虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (発症年月日： 年 月 日)
その他の重度の循環器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (発症年月日： 年 月 日, 疾患名：)
動脈瘤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (部位)
占拠性病変による頭蓋内圧亢進	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (疾患名： , 部位：)
脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (発症年月日： 年 月 日)
骨折	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (発症年月日： 年 月 日, 部位)
重症*の呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (発症年月日： 年 月 日, 疾患名：)

* 50 m 続けて歩けない

現在服用中の薬剤

これまでの経過

その他の合併症・既往歴

循環器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
高血圧	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	眼疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
頭部外傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	悪性症候群	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ ()
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	使用不可薬剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (薬剤： , 理由：)
パーキンソン病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ ()

行動範囲

隔離・拘束	<input type="checkbox"/> いずれも無 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 拘束
行動範囲	<input type="checkbox"/> 開放病棟 <input type="checkbox"/> 閉鎖病棟 <input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 一人部屋 <input type="checkbox"/> 保護室 <input type="checkbox"/> 単独外出

検査所見 (データをコピーして添付可)

血液検査： 年 月 日 <input type="checkbox"/> コピーを添付	WBC Hb Plt Na K Cl TP GOT GPT LDH T-Bil AMY CK BUN CRE GLU HbA1c D-ダイマー
頭部 CT もしくは MRI： 年 月 日	
心電図： 年 月 日	
HDS-R もしくは MMSE： 年 月 日	点

(国立精神・神経医療研究センター提供)

(野田隆政：医療連携用資料. ECT グッドプラクティス (日本精神神経学会 ECT・r TMS 等検討委員会編). 新興医学出版社, 2020, p 232)