

こころのケアチーム活動日誌

活動日 平成 年 月 日 ()		チーム	記録者
メンバー			
時刻	場 所	活 動 内 容	
特記事項			
引継ぎ事項又は次回計画等			

こころのケアチーム 活動報告書

活動日	平成 年 月 日 ()			記録者					
チーム	活動場所								
職種	人数	区分	避難住民	自宅訪問	来訪	その他	関係者	合計	
医師		大人							
心理士									
保健師		子供							
看護師									
その他		合計							
合計									

診療・相談実施状況	①内訳										
	年齢	～6	7～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	合計
	男										
	女										
	合計										
	②相談件数										
	年齢	～6	7～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	合計
	男										
	女										
	合計										
	③コンサルテーション										
	年齢	～6	7～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	合計
男											
女											
合計											

主訴分類 (重複可)	①不眠・睡眠障害 (件) ②不安・恐怖 (件) ③イライラ (件) ④無気力 (件) ⑤不穏 (件) ⑥幻覚・妄想 (件) ⑦食欲不振 (件) ⑧集中困難 (件) ⑨抑うつ気分 (件) ⑩アルコ ール問題 (件) ⑪その他 (件) [「その他」の内容]
継続支援 必要者	男性 (名) 女性 (名) 合計 (名) [継続支援必要者のうち、特記すべき事項]
特記事項	

相談支援記録票(正式な面接相談以外の場合)

平成 年 月 日 ()

市町村名 ()

記録者：所属 ()

氏 名 ()

No.	性別 男・女	支援 対象者	<input type="checkbox"/> 避難住民(避難所:) ・ <input type="checkbox"/> その他住民 <input type="checkbox"/> 支援者() ・ <input type="checkbox"/> その他()	年齢	歳
相談にきた方	本人・本人以外 (男・女: 歳)	相談形式		個別支援・グループ支援 電話・その他()	
相談経路	自発的・紹介(市町村・その他)				
対応場所	<input type="checkbox"/> 避難所内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
主 訴	<input type="checkbox"/> 不眠・睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖 <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 集中困難 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> アルコール問題 <input type="checkbox"/> その他 [「その他」の内容]				
対 応	<input type="checkbox"/> 助言のみ <input type="checkbox"/> 診療(処方あり・処方なし) <input type="checkbox"/> 要フォロー <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 個別相談へ <input type="checkbox"/> 医療へ <input type="checkbox"/> 関係機関へ <input type="checkbox"/> その他()				
特記事項					

No.	性別 男・女	支援 対象者	<input type="checkbox"/> 避難住民(避難所:) ・ <input type="checkbox"/> その他住民 <input type="checkbox"/> 支援者() ・ <input type="checkbox"/> その他()	年齢	歳
相談にきた方	本人・本人以外 (男・女: 歳)	相談形式		個別支援・グループ支援 電話・その他()	
相談経路	自発的・紹介(市町村・その他)				
対応場所	<input type="checkbox"/> 避難所内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
主 訴	<input type="checkbox"/> 不眠・睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖 <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 集中困難 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> アルコール問題 <input type="checkbox"/> その他 [「その他」の内容]				
対 応	<input type="checkbox"/> 助言のみ <input type="checkbox"/> 診療(処方あり・処方なし) <input type="checkbox"/> 要フォロー <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 個別相談へ <input type="checkbox"/> 医療へ <input type="checkbox"/> 関係機関へ <input type="checkbox"/> その他()				
特記事項					

* (正式な面談相談以外の場合) となっていますが、相談を受けた全ての方の記録にご活用下さい。旧様式では相談者氏名を記入する欄を設けていませんでしたので追加しました。旧様式を使用する場合は枠左上の余白に「氏名」の記載をお願いします。

こころのケアチーム 診療・相談票

No. _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	フリガナ	男女	大・昭・平 年 月 日生			
			(歳)			
住所			避難所			
状況						
所見						
対応						
対応者名 ()						

東北地方太平洋沖地震
災害時こころのケアチーム活動様式⑤
(宮城県精神保健福祉センター、障害福祉課)

こころのケアチーム 処方箋

NO.			
処方月日	平成 年 月 日		
氏名		性別	男・女
生年月日	明治・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
処方内容			
処方医師(自著)所属・氏名			

宮城県精神保健福祉センター作成

東北地方太平洋沖地震
災害時こころのケアチーム活動様式⑤
(宮城県精神保健福祉センター、障害福祉課)

こころのケアチーム 処方箋

NO.			
処方月日	平成 年 月 日		
氏名		性別	男・女
生年月日	明治・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
処方内容			
処方医師(自著)所属・氏名			

宮城県精神保健福祉センター作成

病院・医院

先生御侍史

診療情報提供書

患者 様 (年 月 日生 歳 男・女) をご
紹介申し上げます。

このたびの災害にあたり、「災害時こころのケアチーム」による診療活動を行っています。

当チームによる診断及び診療経過は下記のとおりです。

ご高診、ご加療のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

【診断・暫定診断】

【経過・その他】

平成 年 月 日

医師(自署)所属・氏名

東北地方太平洋沖地震災害時こころのケアチーム

(本部：宮城県精神保健福祉センター TEL 0229-23-0021)

宮城県保健福祉部障害福祉課 022-211-2518)