

Ⅸ 記録様式

ページ

- | | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | 結核登録票 | 31 |
| | 結核対策事務処理要領（平成19年3月30日制定一）様式第28号 | |
| 2 | 精神保健福祉記録票 | 35 |
| | 広島県精神保健福祉指導実施要領（平成28年4月1日実施） | |
| 3 | 難病患者保健カード | 47 |
| | 広島県難病患者訪問診療事業実施要領（平成9年4月1日施行） | |
| 4 | 未熟児・乳幼児保健指導票等 | 50 |
| | 未熟児訪問指導実施要領（平成10年5月22日施行） | |
| | ・様式第1号 連絡票（医療機関から保健所） | |
| | ・様式第2号 未熟児・乳幼児保健指導票 | |
| | ・様式第3号 母性保健指導票 | |
| | ・様式第4号 家族健康管理ホルダー | |
| | 長期療養児療育相談指導事業実施要領
（平成16年5月12日広島県保健福祉部長通知） | |
| 5 | サマリーのサンプル | 61 |



結 核 登 録 票

登録番号	患者住所 〒 広島県 郡	患者氏名(ふりがな) () 男・女 生 (歳)
登録年月日	TEL	
登録区分 1 初回登録 2 再登録 3 不明	合併症名 1 塵肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧症 6 その他 ()	就業制限 有・無 就業制限通知 就業制限非該当確認 平成 年 月 日
入院勧告 有・無 ○ 入院勧告(19条) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ○ 入院勧告(20条) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ○ 入院期間延長 ① 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ② 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ③ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ④ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ○ 退院基準該当確認日 平成 年 月 日		
登録時の活動性分類	イ 肺結核活動性喀痰塗抹陽性初回治療 ロ 肺結核活動性喀痰塗抹陽性再治療 ハ 肺結核活動性その他の結核菌陽性 ニ 肺結核活動性菌陰性・不明 ホ 肺外結核活動性 ヘ 潜在性結核感染症	
年月日(資料区分)	診断名 学会分類 活動性分類 X-P撮影年月日	治療状況 受療状況 保険区分 症状経過 指導区分 公費区分
	INH RFP SM EB PZA 入院 退院 平成 年 月 日	承認期間 受給者番号 入院勧告・措置番号・負担金等 自 年 月 日 至 年 月 日 入院勧告・措置第 号負担金 有・無
	INH RFP SM EB PZA 入院 退院 平成 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日 入院勧告・措置第 号負担金 有・無
	INH RFP SM EB PZA 入院 退院 平成 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日 入院勧告・措置第 号負担金 有・無
	INH RFP SM EB PZA 入院 退院 平成 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日 入院勧告・措置第 号負担金 有・無
	INH RFP SM EB PZA 入院 退院 平成 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日 入院勧告・措置第 号負担金 有・無
記号説明	1 医師届出 2 管理検診 3 訪問 4 公費負担申請 5 主治医との連絡 6 その他 7 不明 活動性 1 活動性 2 不活動性 3 活動性不明 4 潜在性結核感染症 菌検査検体 1 喀痰 2 咽頭粘液等 3 胃液 4 気管支洗浄液 5 穿刺液 6 膿・浸出液 7 尿 8 組織・その他 受療状況 1 入院 2 外来 3 放置 4 不明 保険区分 1 被本人 2 被家族 3 国一般 4 国退本人 5 国退家族 6 高齢者医療 7 生保受給中 8 生保申請中 9 その他 10 不明 病状経過 1 著明軽快 2 軽快 3 (a 中等度 b 軽度) 3 不変 4 悪化 指導区分 1 要医療 2 要観察 3 観察不要 公費区分 1 37条 2 37条の2 3 不承認 4 その他適用なし	
経過年月日	診断時月日	月日
菌検査	検体	
	塗抹	
	培養	
	PCR	
	感受性	年 月 日 INH (感・耐) REP (感・耐) SM (感・耐) EB (感・耐) PZA (感・耐) その他 (感・耐) 薬剤名 () 年 月 日 INH (感・耐) REP (感・耐) SM (感・耐) EB (感・耐) PZA (感・耐) その他 (感・耐) 薬剤名 ()

調査日		調査者		情報入手相手		患者との続柄	()
所属	勤務先等 所在地						
職業等	①接客業等 ②看護師・保健師 ③医師 ④その他医療職 ⑤教員・保育士 ⑥小中学校等児童 ⑦高校生以上の生徒学生等 ⑧その他常用勤労者 ⑨その他臨時雇・日雇 ⑩その他自営業・自由業 ⑪家事従事者 ⑫乳幼児 ⑬無職・その他 ⑭不明						
届出医療機関等	1 届出医療機関名 3 届出区分 (<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 無症状病原体保有者 <input type="checkbox"/> 疑似症) 4 治療医療機関名 発病年月日 初診年月日 診断年月日 届出年月日	2 届出医師名 5 主治医名	発見方法	①個別健康診断 ②定期健診(学校) ③定期健診(住民) ④定期健診(職場) ⑤定期健診(施設) ⑥接触者健診(家族) ⑦接触者健診(その他) ⑧その他の集団健診 ⑨医療機関(受診) ⑩医療機関(他疾患入院中) ⑪医療機関(他疾患通院中) ⑫その他 ⑬不明			
発見時排菌状況	1回目 : 年 月 日 塗抹() 培養() 検体種類(喀痰 ・ その他) 2回目 : 年 月 日 塗抹() 培養() 検体種類(喀痰 ・ その他) 3回目 : 年 月 日 塗抹() 培養() 検体種類(喀痰 ・ その他) 感染性の評価 ①高感染性(<input type="checkbox"/> 喀痰塗抹陽性 <input type="checkbox"/> 画像診断上空洞有) ②低感染性(<input type="checkbox"/> 喀痰培養陽性) ③ その他) 感染性の期間の始期 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 症状出現 <input type="checkbox"/> 診断の3ヶ月前 <input type="checkbox"/> その他) 咳の持続期間() ※参考《感染危険度指数》 最大G号数 × 咳の持続期間(月) = 危険度 () () () 最重要(10以上) 重要(0.1~9.9) その他(0及び肺外結核)						
結核既往等	BCG接種: 1 あり (接種年月 年 月) 2 なし 3 不明 最終ツ反: 年 月 日 $\frac{\times}{\times}$ (<input type="checkbox"/>) (水泡 壊死 出血) 判定 () 結核の既往歴: 1 あり 年 月 ~ 年 月 2 なし 過去の健診状況: 年 月受診() ・ 受診結果() その他の疾病: 糖尿病 (有 ・ 無) じん肺 (有 ・ 無) ステロイド剤 (有 ・ 無)						
発見までの経緯						家族構成	
接触の範囲・状況	(症状出現後に接触密度が濃かった者・頻回に出入りする場所など) ① 家族 ② 学校 ③ 職場 ④ その他						
	* 感染源と思われる者・接触のあった結核患者と接触時期					説明会 実施 ・ 実施せず 開催日 対象者	

接触者健康診断の状況 保健所内検討会実施日 (年 月 日) 健康診断の要否 要 (家族健診 接触者健診 集団健診) ・ 否 理由 範囲 健診予定 ①登録直後 ②2か月後 ③6か月後 ④1年後 ⑤1年6か月後 ⑥2年後 ⑦その他() (年 月) (年 月) (年 月) (年 月) (年 月) (年 月) (年 月)	
---	--

家族及び接触者の状況								
氏名 (性別) 生年月日 (歳) 患者との続柄	BCG 歴	最終ツ反応 過去の健診 結果 昭・平 年 月 日	既往 感染・発病 リスク 接触者健診 優先度	健診結果等の状況				
				直後 年 月	2か月後 年 月 日頃	後 年 月 日頃	後 年 月 日頃	後 年 月 日頃
() 年 月 日 ()	有 無	昭・平 年 月 日		予定 年 月 日 QFT 陽・陰・保留 XP ツ反 年 月 日実施 医療機関名				
() 年 月 日 ()	有 無	昭・平 年 月 日		予定 年 月 日 QFT 陽・陰・保留 XP ツ反 年 月 日実施 医療機関名				
() 年 月 日 ()	有 無	昭・平 年 月 日		予定 年 月 日 QFT 陽・陰・保留 XP ツ反 年 月 日実施 医療機関名				
() 年 月 日 ()	有 無	昭・平 年 月 日		予定 年 月 日 QFT 陽・陰・保留 XP ツ反 年 月 日実施 医療機関名				
() 年 月 日 ()	有 無	昭・平 年 月 日		予定 年 月 日 QFT 陽・陰・保留 XP ツ反 年 月 日実施 医療機関名				
() 年 月 日 ()	有 無	昭・平 年 月 日		予定 年 月 日 QFT 陽・陰・保留 XP ツ反 年 月 日実施 医療機関名				
() 年 月 日 ()	有 無	昭・平 年 月 日		予定 年 月 日 QFT 陽・陰・保留 XP ツ反 年 月 日実施 医療機関名				
備考								

※感染・発病リスクは ①ハイリスク接触者 ②濃厚接触者 ③非濃厚接触者 を記入すること。
 ※接触者健診優先度は ①最優先接触者 ②優先接触者 ③低優先接触者 を記入すること。

精神保健福祉記録票

No.	受理：平成 年 月 日	相談場所	
本人	ふりがな 氏名	男	明・大・昭・平
		女	年 月 日生 歳
相談者	住所	電話	
	ふりがな 氏名	男	明・大・昭・平
経路	続柄 ()	女	年 月 日生 歳
	住所	電話	
相談の概要	機関名	受付	電話・窓口・手紙
			平成 年 月 日
家族等	住所	病歴等	手帳：無・有 (種別) 自立支援医療 (精神通院)：有・無
	ふりがな 氏名		
担当者	続柄 ()	女	年 月 日生 歳
	住所	電話	
		紹介先	

(第1号用紙)

家庭状況		
家族構成		ジェノグラム
経済状況		
住居環境		
既往歴		
性 格		
成育歴		
出生時の状況		定額
出生時体重	g	独歩
頭囲	cm	発語
栄養		排泄の自立
離乳		人見知り
偏食		
備 考		

生活歴（学歴，職歴，結婚）

住居の略図（交通方法）

間取り

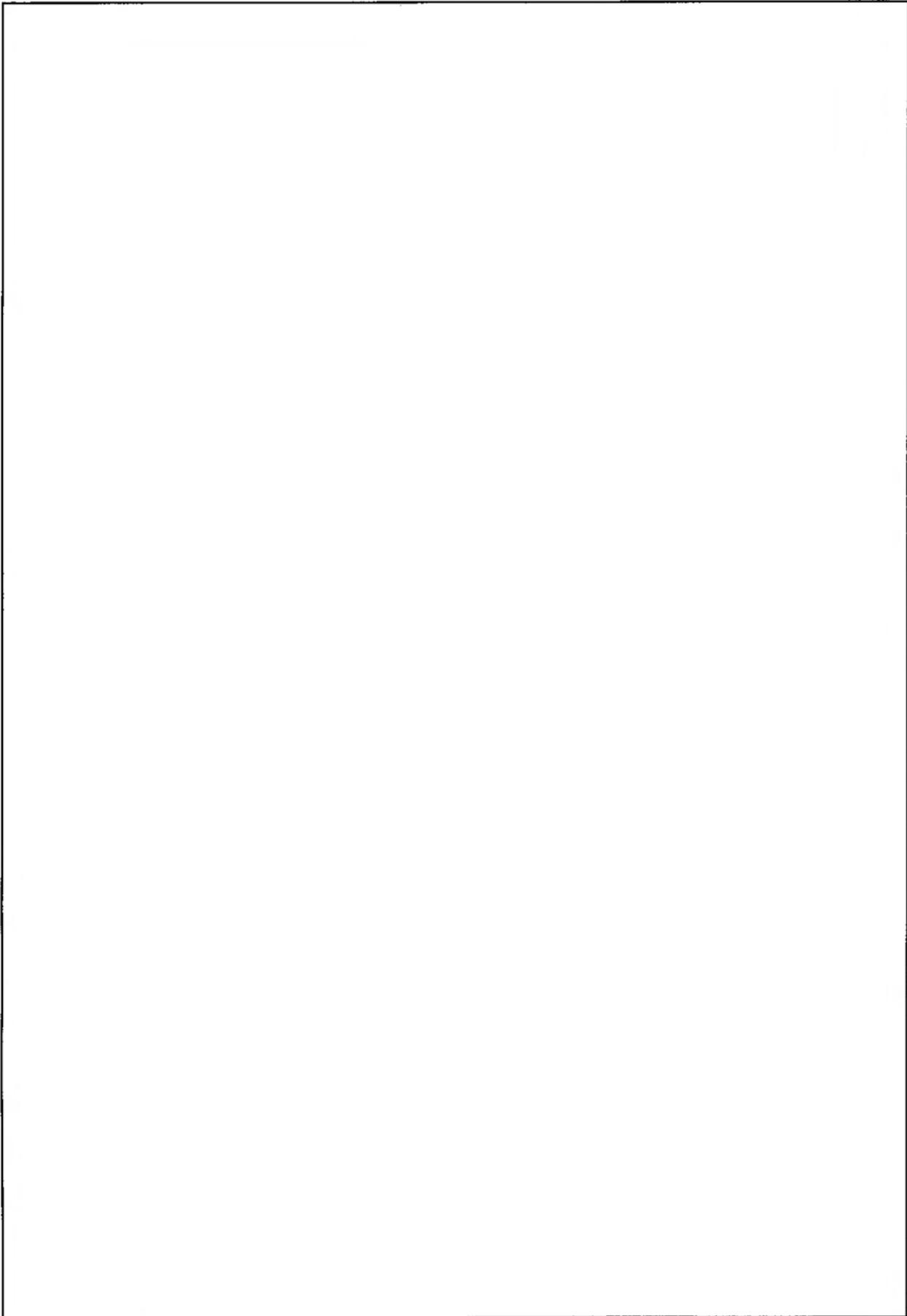
農・山・漁村・工業地区

住宅地区（一般，団地）

産業地区（繁華街）

（第2号用紙）

相 談 内 容 (病歴含)



(第 3 号用紙)

年 月 日	問 題	方針 (処遇のポイント)	メンバー
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
転 帰			

(第4号用紙)

ケースカンファレンス経過

年 月 日	問 題	方針 (処遇のポイント)	メンバー
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
. . .			
転 帰			

氏名

歳

経過表

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(第5号用紙)

氏名

歳

経過表

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

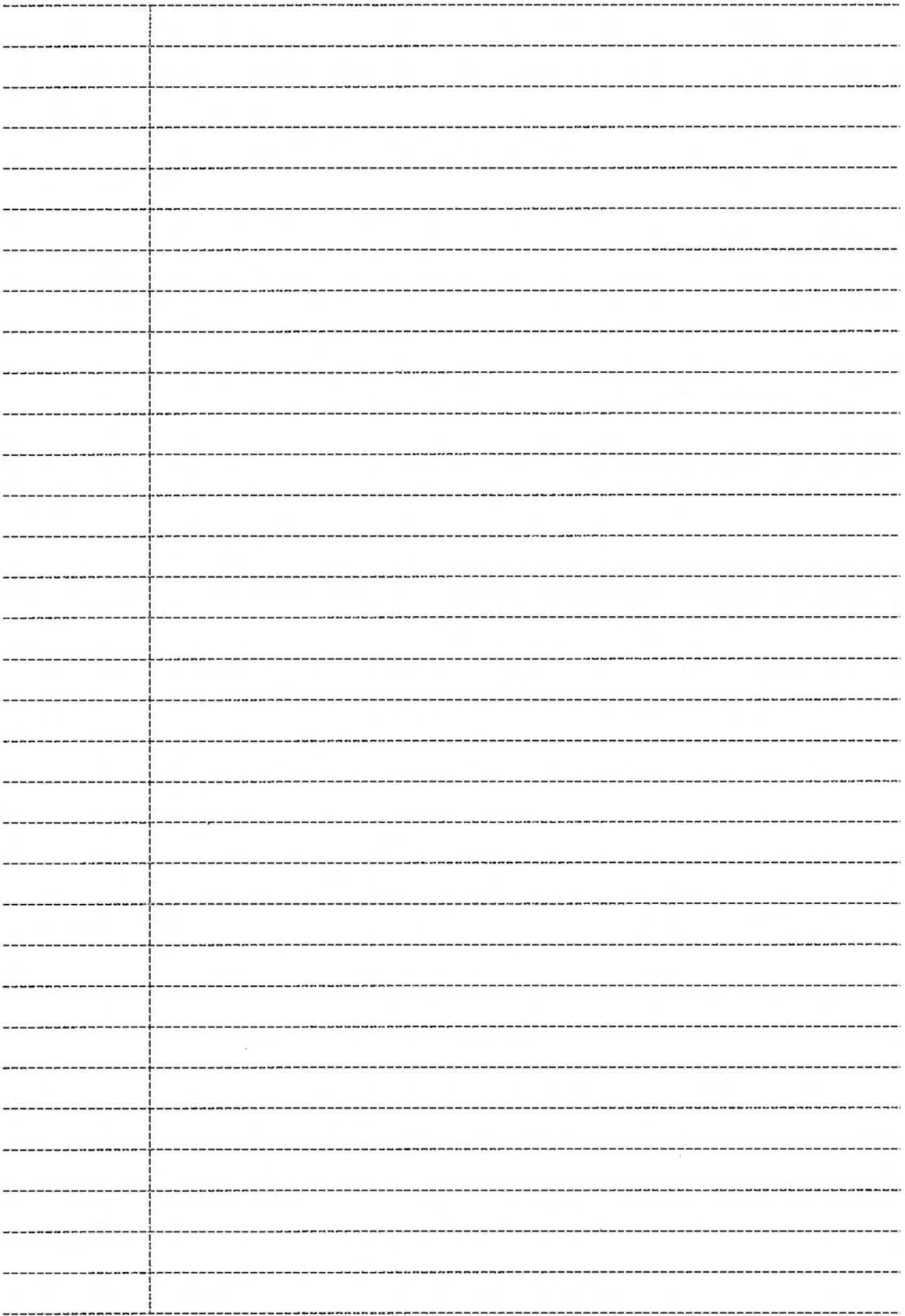
1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年

1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



主訴	全身倦怠感 易疲労 食欲不振 睡眠不良 排尿困難 排便 頭痛 頭重感 めまい 立ちくらみ 肩こり 背痛 動悸 息切れ 腹痛 腹部膨満 腰痛 難聴		既往歴	
	自覚症状		家族歴等	
受診状況	問題点・その他 (治療・生活・経済・家族関係等)			
受診医療機関	通院方法 時間 (片道) 交通機関 1.1人 2.付添有 (歩行可,歩行不可)	時間 分 時間 分	主治医の指示等	
治療経過等			今後の方針等 ・訪問希望 有・無 ・栄養指導 ・歯科保健指導 ・患者会	

難病患者保健カード（継紙）

様式1-2

NO ()

年月日	把握方法	患者・家族の状況及び問題点	指導援助内容及び今後の方針	指導担当者	主務係長印
記入上の注意 【把握の方法】		1 特定疾患公費負担（一般，小児） 2 医療機関 3 市町村 4 福祉事務所 5 民生委員 6 健康福祉センター	7 患者本人 8 家族 9 保健所 10 その他（具体的に記入のこと）		

母性保健指導票

氏名	住所 市 町 村	丁目	番地	TEL	初診年月日	訪・相・健	
生年月日 年 月 日生(歳)	妊娠届出 (週)	分娩予定日	分娩予定場所:			母親学級の受講 無・有 (市町村・病院・その他)	年 月 日生(歳)
既往歴 心 臓 病 (歳) 腎 臓 病 (歳) 肝 臓 病 (歳) 糖 尿 病 (歳) ぜ ん 息 (歳)	貧 血 (歳) 流 産 (歳) 妊 娠 中 毒 症 (歳) 初 潮 (歳)	出産歴	母の年齢	第1回	第2回	第3回	第4回
健康月日	妊娠週数	体 重	血 圧	尿たん白	浮 腫	其 他	年 月 日 :
今回の 妊娠の 経過	食 欲 : 良 ・ 否 睡 眠 : 良 ・ 否 便 通 : 1日 回 母乳分泌 : 良 ・ 否 貧 血 : 無 ・ 有 浮 腫 : 無 ・ 有 血 圧 :	入浴開始 : 日 日 家事開始 : 日 日 月経開始 : 日 日	分娩時 の経過	分娩方法 : 自 然 ・ 人 工 児 の 胎 位 : 頭 位 ・ 骨 盤 位 ・ その他 分 娩 時 間 :	出 血 量 : 少 量 ・ 普 通 ・ 多 量	娩出時の児の状態 :	備 考

家族健康管理ホルダー

住所 市 丁目 番地 町 村 TEL	住所 (転居) 市 丁目 番地 町 村 TEL	住所 (転居) 市 丁目 番地 町 村 TEL	
家 族 氏 名	世帯主との続柄	性 別	生 年 月 日
		男・女	. .
備 考			
		略図	

市 町 村	氏 名

家族健康管理の状況

検 診 指 導 等 年 月 日 お よ び 種 別												
世帯主	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
2	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
3	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
4	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
5	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
6	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
備考												

(様式第1号)

療育指導連絡票									
ふりがな 本人氏名		年齢	歳	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日		
本人住所									
ふりがな 保護者氏名				自宅電話等					
病名									
既往歴及び家族歴									
症状・治療経過等									
治療方針・内容等 薬物療法 食事療法									
療養上の問題点等									
保健所で行ってほしい指導等	家庭看護指導								
	食事・栄養指導								
	歯科保健指導								
	福祉制度の紹介	手帳, 施設, その他							
	精神的支援								
	学校との連絡								
	家族会等の紹介								
上記のとおり連絡します。									
						平成	年	月	日
医療機関名									
医師名								印	
保健所(分室)長 様									

※ この連絡票は退院時又は退院後2週間以内に、保護者を經由して提出された場合は診療情報提供料(A)として保険適用となります。

療 養 育 成 指 導 票

児童氏名	生年 月日	昭和・平成	年 月 日	性別	男・女	保護者氏名	
住 所							
疾 病 名	発病年月日	昭和・平成	年 月 日	既往歴			
小児慢性疾患児手帳	有・無	手帳交付年月日	昭和・平成	年 月 日			
身体障害者手帳	有・無	手帳交付年月日	昭和・平成	年 月 日	身体障害者等級表による等級及び障害名		
療育手帳	有・無	手帳交付年月日	昭和・平成	年 月 日	等級	障害名	
年 月 日	受 療 状 況	治 療 の 内 容	学 校 生 活 の 状 況 (問題点)	指 導 内 容	訪 問 指 導 の 必 要 性	備 考	
・	1 受けている (医療機関名) 2 受けていない				有・無		
・	1 受けている (医療機関名) 2 受けていない				有・無		
その他特記すべき事項							

サマリーのサンプル

文献1) P80, 81より引用

担当期間	H〇〇年〇月△日 ~H〇〇年 〇月 △日	事例氏名	◎× △子	NO.	
相談内容	<p>主訴 相談者のありのままの訴え・相談者と当事者は誰か・その関係性など</p> <p>相談者●本人：「D市の自宅で一人暮らししたい」 「腹痛が軽減したので働きたい」 「兄弟が自分を監視する。邪魔者扱いする。母が残した財産を取り上げようとする」</p> <p>●長兄：「病状がよければ働いて自立して欲しい。同居は長くはできない」</p>	<p>家族関係図</p> <p>家族の構成や関係が見える</p>			
これまでの経過					
年月	症状	治療	日常生活状況	社会交流など	実施した内容 その他
H〇〇.〇	兄弟に対し被害妄想あり。「空き巣が入った」などとも話す	1回/2週の通院と服薬。主治医は「薬をきちんと飲み、ストレスのない穏やかな暮らしをすること」と助言	兄弟宅を転々とし長兄の家で生活。身の回りのことは自立。貯金を切り崩している	家族のみ	初回面接 情報提供 精神保健相談
H〇〇.〇	被害妄想軽減		一人暮らし再開	長兄が月1回~2回様子を見に来る	家庭訪問1回/月 障害者年金の申請援助
H〇〇.〇 } H〇〇.〇	「電波が来る」と訴えるが、落ち着いている	定期的に通院服薬できている	家事できている 1日テレビを見たり、植木の世話をしている	デイケア月1~2回の参加	デイケアの紹介 積極的に誘う デイケア時面接
H〇〇.〇 } H〇〇.〇	時々空き巣の被害妄想あるが、落ち着いている			デイケア正式入所となり、月2~3回参加	主治医連絡 デイケア時面接
H〇〇.〇	「勝手に誰かが家に入ってくる」と訴える	通院不定期 ほとんど服薬せず		デイケア参加せず	家庭訪問 長兄と連絡
H〇〇.〇	近隣に意味不明な言葉を言って歩く、独語あり 食欲低下	通院せず 服薬中断	雨戸も明けずに家にいることが多い		
H〇〇.〇 } H〇〇.〇	足取りふらつき、話は支離滅裂	服薬中断 入院となる 外泊訓練		入院中の他患者と話す トラブルはない	救急車にて受診同行、長兄と連絡 病院訪問
H〇〇.〇	落ち着いている	退院 服薬管理のため訪問 看護導入検討 訪問看護開始	毎日雨戸を開ける 植木の世話		関係者連絡、話し合い 家庭訪問
H〇〇.〇 } H〇〇.〇	時々被害的な訴えもあるも落ち着いている			デイケアに再び参加 平均月2~3回	デイケア時面接 訪問看護と連絡 民生委員と連絡 デイケア時面接 家庭訪問
H〇〇.〇		1回/2週の定期的な通院と服薬	家事はできている 食事はできあいのものが多いが3食食べている		

症状は最も重要な情報

経過を5つのポイントでまとめると要点がわかりやすい

実施した支援は保健師の介入！

行動を言葉で示そう

重要なエピソードを節目でまとめる

社会交流は症状把握のパロメーター

日常生活状況は生活障害の重要な観察事項

続き

<p>関係機関、関係者の動き</p>	<p>《関係機関／関係者》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ A病院B医師, C精神科ソーシャルワーカー：医療 ・ D訪問看護ステーションE看護師：服薬管理 ・ F民生委員：日々の生活見守り ・ G保健センター：各関係機関の調整, 社会交流をすすめる <p>《家族》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 長兄：家族の中で本人の相談役 			
<p>現在の治療方針</p>	<p>医療機関名</p>	<p>A病院</p>	<p>主治医</p>	<p>B医師</p>
<p>《治療方針》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通院を続けながら, 服薬管理をすること ・ 本人一人暮らしのため, 必要時, 休息目的で入院も勧める 				
<p>現在の支援内容と今後の課題</p>	<p>《支援内容》</p> <p>デイケアで様子を見ながら, 関係機関とも連絡をとり, 本人の生活の見守りと社会復帰をすすめている。</p> <p>《今後の課題》</p> <p>デイケアに続けて2年間通うことができ, 調子も崩していないことから, 対人関係を広げるためにも作業所をすすめていくよいタイミングと思われる</p>			
<p>緊急度と支援計画</p>	<p>緊急度</p> <p>緊急な問題なし</p> <p>理由 [落ち着いており, デイケアにも継続して通っている]</p> <p>緊急な対応必要あり</p> <p>生命の危機・自傷他害・家族の消耗限界・二次的問題の発生危機・その他</p> <p>理由 []</p> <hr/> <p>介入時期</p> <p>今日中・明日中・3日以内・1週間以内・1か月後・その他 ()</p> <hr/> <p>介入方法・支援計画 (短期計画・長期計画)</p> <p>長期計画：本人が通院, 服薬を継続しながら安定した生活を送ることができる</p> <p>短期計画：デイケアの次段階として, 社会的交流を広めるためにも作業所をすすめていく</p> <p>介入方法：デイケア参加時に面接を行い, 本人の意思を確認し, 具体的に作業所選び, 見学をすすめていく</p>			
<p>サイン</p>	<p>部長</p>		<p>課長</p>	<p>係長</p>
<p>新担当</p>				

関係機関の役割分担だけでなく, 家族の役割も重要!

治療方針は支援の羅針盤! 大切な確認事項

支援の見通しを立てる! 保健師の力量を示す アセスメントや判断

次の保健師へ伝える介入の緊急度判断と支援の目標、ケース把握の目安をつかみやすい

引継ぎ後, 即対応が可能となる