

協力要請書

〇〇第 号
平成 年 月 日

様

〇〇 〇長

協力要請について（依頼）

本県・地域の精神保健福祉行政の推進につきましては、平素から格別の御協力をいただき感謝申し上げます。

本県・本地域においては、 により被災を受けた地域で、多様な心理的不安を負った被災者に対し、専門的な精神的ケアや適切な情報提供等を行うため、下記のとおり、こちらのケア対策が必要となっています。

については、被災地域の住民に対する支援実施にあたり、御協力いただきたくご配慮をお願いします。

記

1 活動内容

- ① 避難施設等で、被災による精神的ショックや被災生活によるストレスによる健康を損ないがちな住民に対して、専門家による診療・相談活動等を実施する、
- ② 診療・相談活動は少なくとも100日以上で宿泊所は避難施設を利用しますので、事前に寝袋等の準備をお願いします。
- ③ スタッフとしては、精神科医、看護職（保健師）、精神保健福祉士、臨床心理士、事務職をチームとします。

2 派遣依頼期間

3 主な活動場所

4 その他、今回の派遣につきましては、無報酬であり、旅費、宿泊費、保険等は貴機関にて負担をお願いします。

5 照会・連絡先

〇 〇課（ 係） TEL
FAX

支 援 者 登 録 票

所属機関名				
所在地 連絡先 担当者名 e-mail	〒 都・道・府・県		市・町・村	
	電話			
派遣チームとして稼働可能な職員名等	ふりがな 氏名 性別/年代	職 種	災害支援経験の有無	災害時メンタルヘルス講話の講師について
	1	Dr・Ns・CP PSW・その他 ()	有・無	可能・不可能
	2	Dr・Ns・CP PSW・その他 ()	有・無	可能・不可能
	3	Dr・Ns・CP PSW・その他 ()	有・無	可能・不可能
	4	Dr・Ns・CP PSW・その他 ()	有・無	可能・不可能
	5	Dr・Ns・CP PSW・その他 ()	有・無	可能・不可能
稼働可能日程	<input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 希望日程等 ()			
使用可能な車両	<input type="checkbox"/> 準備可能 車種 () <input type="checkbox"/> 準備の見込みなし			
特記事項				
福島県 使用欄	派遣期間 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()			
	派遣先 主たる業務内容			

相 談 票

【相談日】平成 年 月 日 ()		【相談場所】 自宅・避難所・仮設住宅・その他	
フリガナ 【氏名】 生年月日 (M・T・S・H 年 月 日 歳)		男・女	
【住 所】		被災の状況	
連絡先		人的被害・物的被害・なし ()	
【特に心配なこと】		避難先の経過	
【家族構成】 (続柄・氏名)		ジェノグラム (面接者記入)	
体の症状	心の症状	←気になる症状があれば レ を付けてください。	
<input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> いらいら <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 集中できない <input type="checkbox"/> その他	【その経過】	
【これまでにかかった病気・治療中の病気はありますか】 心疾患・脳血管疾患・高血圧・糖尿病・肝臓疾患・腎臓病・結核・呼吸器疾患・精神疾患 (治療・病状)			
【以下、面接者記入欄】			
【相談処置内容】 カウンセリング・助言指導・情報提供・薬物療法			
【事後処理】 終了・継続・他機関紹介 (紹介先)			

【相談内容、問題点と経過などを記入する】

生活支援相談票

心のケアチーム

【相談日】平成 年 月 日 () 午前・午後 時～ 時		
【相談場所】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【相談者】 フリガナ 氏名 生年月日 (M・T・S・H 年 月 日 歳) 住所： 電話： 避難先情報：	【相談対象者】 <input type="checkbox"/> 相談者本人→下記記入不要 <input type="checkbox"/> その他 () フリガナ 氏名 生年月日 (M・T・S・H 年 月 日 歳) 住所： 電話： 避難先情報：	
※以下は相談対象者について記入		
【住居の状況】	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 損壊軽微またはなし <input type="checkbox"/> 不明	
【住所の区域】	<input type="checkbox"/> 避難指示 <input type="checkbox"/> 避難勧告 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	
【主訴】		
【生活歴・現在の状況】	【家族歴】 <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	
【主な収入】 ※複数選択可 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 具体的に：	※相談者との関係と同居の有無を明確に	
【自立支援医療】	<input type="checkbox"/> あり (区分：) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
【障害年金】	<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
【手帳】 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 療育 (判定：) <input type="checkbox"/> 身体 (級) <input type="checkbox"/> 申請中 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
【介護保険】	<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
【その他利用中の保健福祉サービス】 (内容・実施機関・利用開始時期)		
		年 月～
		年 月～
		年 月～
		年 月～

【受療中の精神科医療機関】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり <input type="checkbox"/> 現在・過去共になし <input type="checkbox"/> 不明	
【精神科医療機関名】	
【精神科診断名】 ①主病名： ②従病名：	ICDコード ① ②
【精神科入院歴】 <input type="checkbox"/> あり（延べ 回 S・H 年 月 日最終退院） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
【精神科病歴】 発症： 歳（M・T・S・H 年 月） ※①を記入 初診： 歳（M・T・S・H 年 月）	
【精神科以外の受診歴】 診断名： 医療機関名： 入院歴（有・無）	
【アセスメント】（ 年 月 日）	
主訴分類	<input type="checkbox"/> 災害に由来する喪失・ストレス <input type="checkbox"/> 避難先生活・対人関係ストレス <input type="checkbox"/> 将来不安・生活不安 <input type="checkbox"/> 既存症・以前からある問題 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
ADL	<input type="checkbox"/> 要援助 <input type="checkbox"/> 一部要援助 <input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 不明
被災体験 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 負傷・罹患 <input type="checkbox"/> 財産喪失 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 事業への被害 <input type="checkbox"/> 風評・差別 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 避難 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
問題行動 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 自殺未遂 <input type="checkbox"/> 自殺念慮・計画 <input type="checkbox"/> 自傷行為（生命に危険のないもの） <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> アルコール等乱用 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
評価	<input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 他機関紹介 <input type="checkbox"/> 継続支援不要 <input type="checkbox"/> その他（ ）
【事後処理】	<input type="checkbox"/> 相談終結 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 他機関紹介 紹介先： ※他機関紹介における情報提供の相談対象者同意 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 同意不能（理由： ）
【面接者】	氏名： 所属等：
相談記録	
（以降は2号用紙へ記録）	

ケアプラン

ケースNo. 利用者氏名： 作成時期：平成 年 月 日 振り返り予定時期：平成 年 月 日

長期目標：

--

短期目標	優先順位	対応機関	担当者	担当者の役割	利用者の役割	備考

満たされない目標→その対応

振り返り 平成 年 月 日 (振り返りの理由：

優先順位	短期目標	実施状況	良かったところ	悪かったところ	改善すべき点	備考
1						
2						
3						
4						

総合的評価：

--

受療カード (ご本人用：なくさないようにお持ちください)

ふりがな 氏 名 生年月日				男・女
	M・T・S・H	年	月	日
連絡先	元住所			
	現在の連絡先			
	電話			
月 日	受療内容・療養の注意点	担当者氏名	備考	
備考				

診 療 情 報 提 供 書

病院・医院
先生

様（生年月日 年 月 日 歳 男・女）をご紹介します。
このたび福島県において災害時心のケアチームにて診察を行いました。
今後の御高診、御加療についてお願いいたしたくご紹介申し上げます。

【診断・暫定診断】

【経過・その他】

【処方】

平成 年 月 日

医師

印



処方箋

日 時	平成 年 月 日
ふりがな 氏 名 生年月日	(M・T・S・H 年 月 日 歳) 男・女
診療記録番号	
* 保険証番号	

処方内容

処方医師 (署名)	
--------------	--

医薬品管理簿

チーム名				
医薬品名		() mg		
責任医師名				
医薬品受入先				
月日	受入数	支払数	残数	摘要