**実習ガイダンス　提出③-2**

**※精神障害のある方については、追記してください。**

Ａ．加療中の医療機関について

１）あり　→　ａ）医療機関名　　　　　　　　　　　（主治医　　　　　　）

２）なし　　　ｂ）病名・診断名　　（　　　　　　　　　　　　　）

ｃ）ご本人は病気・障害のことをどのように理解しておられますか？

Ｂ．現状

１）入院中　　今回の入院はいつからですか？

（Ｓ・Ｈ　　年　　月から　　年　　ヶ月入院）

２）在　宅　　最後の退院からどのくらいですか？

（Ｓ・Ｈ　　年　　月退院）

Ｃ．これまでの加療歴

１）初めて精神科にかかった時期

（　　　歳：Ｓ・Ｈ　　年　　月頃　　初診時の医療機関　　　　　　　　　）

症状が初めて現れた時期

（　　　歳：Ｓ・Ｈ　　年　　月頃）

どんな状態でしたか？

２）これまでの入院歴について

　　　　（　　回・通算期間　　年　　ヶ月　 入院形態:　任意・医療保護・措置　）

Ｄ．公費負担医療の利用　　　（　有　無　）

Ｅ．精神保健福祉手帳の取得　（ 有　無　 　級）

Ｆ．上記以外の障害手帳の取得　　（療育手帳　　　　　）（身体障害　　　　　　　）

Ｇ．精神科以外の現在の加療状況

　１）診断名　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　入院（　有　無　）

２）診断名　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　入院（　有　無　）

３）診断名　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　入院（　有　無　）

Ｈ．家族歴等　特記すべきこと