

ご担当者様 各位

入院のご案内

施設にご入所中の方の認知症に伴う行動・心理症状やその他の精神症状によって、現在の生活の継続が困難になった場合に、専門的な医療を提供するための入院支援を行っております。

以下の具体的な行動や症状が見られ、施設での生活に支障が生じている場合、お気軽にご相談ください。当院で入院をお受けした場合は、症状が改善した際に貴施設へお戻しすることを前提としておりますので、ご安心ください。

入院を検討するきっかけとなる具体的な行動・症状

● 不穏・興奮

- 介護者や周囲の人に対する暴力的行為があり、その理由が不明。
- 大声で不適切な言葉を発する。
- 興奮状態が激しく、物を壊したり投げたりする。

● 投薬コントロール

- 薬の効果が不十分。
- 薬の副作用が強く、日常生活に支障をきたしている場合。
- 身体合併症があり、薬物調整が複雑。

当院では、精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士などの多職種連携により、患者様一人ひとりに合わせた専門的な治療とケアを提供いたします。

受診及び入院の依頼方法

入院相談

対応部署：地域連携相談室

- ・ Tel. 045-362-7111（代表）
- ・ fax. 045-360-2107（直通）
- ・ 月曜日～金曜日 9:30～17:00

※尚、土曜日・日曜日・祝日はお休みになります。

※診療情報提供書、検査データ、ADL表を f a x で送付頂けますと スムーズです。

認知症に関する受診の相談

対応部署：認知症疾患医療センター

- ・ Tel. 045-489-7600（直通）
- ・ 月曜日～金曜日 9:00～17:00

※尚、土曜日・日曜日・祝日はお休みになります。

その他精神疾患に関する受診相談

対応部署：外来

- ・ Tel. 045-362-7111（代表）
- ・ fax. 045-360-8241（医事課）
- ・ 月曜日～金曜日 9:00～17:00

※尚、土曜日・日曜日・祝日はお休みになります。

※初診の場合は、予診表の記載をお願いしております。

当院ホームページより診察申込フォームの入力または同封しました予診表を事前にfaxで送付頂けますとスムーズです。

外来予診票

年 月 日 ()

記載者	医療機関・施設名：				紹介元種別：
	記載者：		職種 () 連絡先：		

患者 基本情報	ふりがな：	男	生年月日： 年 月 日 (歳)		
	氏名：	様 女	職業：		
	住所：横浜市瀬谷区・泉区・旭区・大和市・[] 区]				
	連絡先Tel：				
	保険：国保・健本・健家・後高・重度医療・自費・生保[] 区/担当者：]				
	介護・手帳等：介護度 () / 福祉手帳 (精神・療育・身体 級)				

同意者	ふりがな：	男	続柄	年齢	職業
	氏名：	女			
	住所：横浜市瀬谷区・泉区・旭区・大和市・[] 区]				
連絡先Tel：					

家族状況	単身・家族と同居 / 家族内に精神障害者：無・有⇒				
------	---------------------------	--	--	--	--

内容	□主訴・受診理由：				[[ICD]-ド：

治療歴	□現在受診中の精神科・心療内科関係→ 無 ・ 有				
	・ある場合→		・診療情報提供書（紹介状）→ 無 ・ 有		
	・治療内容→				
	□精神科→入院歴（無・有） / 受診歴（無・有）				
	□精神科以外の疾患：無・有 ⇒				
	□当院受診歴ありの場合⇒最終受診日 年 月 日 (Dr)				

持ち物等 案内	□保険証・重度障害受給証		□診察券（あれば）		
	□診療情報提供書（紹介状）				
	□お薬手帳（あれば）				
	□自立支援医療受給証（あれば）→継続して当院に受診するようであれば医療機関変更をお願いします。				
	□障害者福祉手帳（念のため）				
	□その他				

注意点	※待ち時間が長い可能性があります。				
	※転院など現在飲んでいいる薬と同じものが出せない可能性があります。				