

送付日：令和 年 月 日

石巻地域自死未遂者支援に係る連絡シート

送付元 (病院名) (担当部署・担当者) (連絡先TEL)	⇒ (送付2か所)	送付先① (FAX番号)	石巻市健康推進課 (23-3618) 東松島市健康推進課 (82-1244) 女川町健康福祉課 (53-5248)	御中 (担当： 様)
		送付先②	宮城県石巻保健所母子・障害班 (96-3560)	宛て

1 基礎情報									
ふりがな		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	家族構成 (ジェノグラム)			
氏 名		職 業							
住 所	・ 石巻市 ・ 東松島市 ・ 女川町								
本人連絡先		保険の種類	社保・国保・後期・生活保護・その他 ()						
収入源	労働収入 (本人) ・ 労働収入 (家族) ・ 労働収入 (本人+家族) ・ 老齢年金・障害年金・貯蓄/遺産								
既往歴 (精神疾患は「4」に記入)		通院先医療機関 (精神科は「4」に記入)							
キーパーソン 氏名(続柄)	()		キーパーソン 連絡先						
2 自死企図歴									
企図歴	有 ・ 無 (初回)	主な手段	首吊り ・ 服毒 ・ 練炭 ・ 飛び込み ・ 飛び降り ・ 過量服薬 ・ 刃物 ・ 入水 ・ その他 ()						
備考 (回数・時期など)									
3 今回の自死企図									
今回の手段	首吊り ・ 服毒 ・ 練炭 ・ 飛び込み ・ 飛び降り ・ 過量服薬 ・ 刃物 ・ 入水 ・ その他 () ※過量服薬の場合→ 種別： 処方薬 ・ 市販薬 内容： 量：								
企図日時	令和 年 月 日 時 分頃			受診日時	令和 年 月 日 時 分頃				
来院手段	救急車・ウォークイン		付添者氏名 (続 柄)	()					
入院の必要性	有 ・ 無	退院日 (予定)		月 日	通院の必要性		有 ・ 無		
原因・動機									
家庭問題 ・ 健康問題 ・ 経済・生活問題 ・ 勤務問題 ・ 男女問題 ・ 学校問題 ・ その他 (精神症状による不安定 ・)									
<原因・動機の概要>									
4 精神科通院歴等									
定期通院	有 ・ 無	最終受診日	月 日	次回受診予定日	月 日				
通院先医療機関名：		診断名		医療機関への連絡	受診調整済 ・ 紹介状のみ ・ 未				
5 退院後に必要と考えられる支援 (関係機関等)									
6 情報提供同意の有無 ※本人・家族の同意がない場合でも必要と判断し場合は情報提供可 (「使用方法1. (イ)」参照)									
同意有無	有 ・ 無	同意者	本人 ・ 家族 (続柄：) ・ その他 (続柄：)			同意者の連絡先			
チラシの配布有無	有 ・ 無	配布できなかった理由							
連絡する人→ 本人・家族 (氏名・続柄：) ・ その他 (氏名・続柄：) 電話番号：									
7 支援する上での留意点・伝えたいこと等									
(送付先記載) 送付元との経過共有									
連絡日	月 日	相手方							
※その他、自死の危険因子や背景 (再掲含、リスクとなりそうな点にチェック) □自死企図の既往 □サポート不足 (未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立) □精神疾患 (気分障害、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存、薬物依存、ギャンブル依存、等) □性別 □年齢 □性格 (未熟・依存的、衝動的、完全主義、孤立・抑うつ的、反社会的) □喪失体験 □事故履歴 □被害経歴 □過失体験 (経済的、地位、病気やケガ、業績不振、予想外の失敗) ※行動観察結果 (性格等) □生真面目 □几帳面 □神経質 □感情の起伏が激しい □警戒心が強い □回避的 □自責的 □他責的									