

# m-ECT患者紹介フォーマット

貴施設名

主治医名

送付先 大阪市立総合医療センター 精神神経科 ECT小委員会  
TEL:06-6929-3643 FAX:06-6929-0886 (地域医療連携室)

患者イニシャル

姓  名  年齢  歳 性別

病名

ICD-10

DSM-IV

初発年齢(推定)  歳

主症状

生活歴

既往歴

家族負因

特異体質(アレルギー、禁止薬物など)

合併症

現病歴

現在の処方

m-ECT施行を希望した理由(下記にチェックをお願いします)

薬物治療抵抗性 薬剤の副作用が著明 緊急性(自殺切迫、身体衰弱) 緊張病性の特徴を伴うため  
本人希望 家族希望 その他( )

確認事項(下記の事項についての確認をお願いします。確認後チェックをお願いします)

ECT実施にあたり患者または家族が同意していること ECTを実施した場合でも無効な症例があること  
当院の判断によりECTが実施されない場合があること ECT終了後は紹介元の病院に再転院すること

※上記に書ききれない情報は2枚目の備考欄にご記入下さい

