

## 精神科病院入院患者の地域移行に向けた状況調査調査票

調査時点:平成28年11月1日現在

### 基本情報

病院名		
所在市町村名		
記載者名		
連絡先	TEL	FAX
	E-Mail	

項目1 貴病院の精神科病床数について、教えてください。

全病床数	
うち開放病棟分	
うち閉鎖病棟分	

項目2-1 貴病院での入院患者(在院期間1年以上)の状況について、教えてください。

全入院患者数	
うち在院期間1年以上	

項目2-2 在院期間1年以上の入院患者がいる場合、その方の情報を下記に整理してください。

(在院期間1年以上の状況)

名前は匿名対応とします

	性別	年齢	疾患	入院形態	出身市町村名 (住民票所在地)	在院期間	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

(在院期間1年以上の状況)

名前は匿名対応とします

	性別	年齢	疾患	入院形態	出身市町村名 (住民票所在地)	在院期間	備考
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							

※不足する場合は、適宜行を追加し、対応してください。

注: 上記調査票の項目2-2に記載の際は、別紙記載上の注意事項を参照していただき、作成をしてください。