

# m-ECT施行希望症例の病状照会



貴施設名

主治医名

送付先

関西医科大学総合医療センター 精神神経科 ECT小委員会  
連絡先:06-6992-1001 FAX:06-6995-2669

患者様情報

名前: 姓  名  年齢:  歳 性別:

(イニシャルをお願いします)

診断名、現在の主症状、状態像:

既往歴

特異体質(アレルギー、禁止薬物など)

現病歴(これまでにECTを施行された事があれば必ず御記入下さい)

初発年齢(推定):  歳 隔離室の必要性: 有 無

m-ECT施行を考えられた理由(下記にチェックをお願いします。複数回答可)

- 薬物抵抗性  薬剤による副作用が顕著  緊急性(自殺切迫、身体衰弱)  
 本人希望  家人希望  主治医希望  緊張病の特徴を伴うため  その他( )

現在の処方

これまでに用いられてきた向精神薬とその最高用量(なるべく詳しくお願いします)

薬剤名	最高用量	薬剤名	最高用量

確認事項(以下の事項について確認を宜しくお願いします。確認後はチェックと主治医サインをお願いします。)

- 転院後の検査の結果、ECTが施行されない可能性がある事  
 ECTを実施した場合でも無効な症例がある事  ECT終了後は、原則紹介元病院に再転院する事

主治医名: