

診断書兼意見書(精神通院医療用)

氏名		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
住所		
① 病名 <small>(ICDコードは、F00～F99、G40のいずれかを記載してください。)</small>	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード() (2)従たる精神障害 _____ ICDコード() (3)身体合併症 _____	
②発病から現在までの病歴 <small>(推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)</small>	※原則として入院中は自立支援医療の適用ではなく、申請はできません。ただし、退院日が直近であり、かつ記載されている場合は申請できます。	
③現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)		④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等
(1)抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他() (2)躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他() (3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他() (4)精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他() (5)統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他() (6)情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他() (7)不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他() (8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 2 意識障害 3 その他() ※てんかん発作の発作型・頻度については、具体的に記載していただくか、記号を記載してください 発作型 (イ)意識障害はないが、随意運動が失われる発作 頻度 (1)月に1回以上 (ロ)意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (2)月に1回未満、年に2回以上 (ハ)意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (3)年に2回未満 (ニ)意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 (9)精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 エ その他() (10)知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他() (11)広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他() (12)その他()		
		⑤現在の治療内容 1 投薬内容 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)
		⑦現在の障害福祉サービス等の利用状況 (該当する項目を○で囲む) ア 自立訓練(生活訓練) イ 共同生活援助(グループホーム) ウ 居宅介護(ホームヘルプ) エ 訪問指導 オ その他障害福祉サービス カ その他()
⑥今後の治療方針		
⑧備考		
⑨「重度かつ継続」に関する意見(主たる精神障害が「F40～F99」の場合のみ、該当する項目を○で囲んでください。)		
A 該当 ⇒ [ア 精神保健指定医 ※「その他の医師」の場合は、3年以上の精神医療の従事歴を記載してください。 B 非該当] ⇒ [イ その他の医師 ⇨ 年 月 から 年 月 まで(医療機関名) にて従事 年 月 から 年 月 まで(医療機関名) にて従事		
令和 年 月 日	医療機関所在地 名称 電話番号 医師氏名	