

診断書 (自立支援医療(精神通院医療)用)

氏名	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	
① 病名 (ICD コードは、F00～F99,G40 のいずれかを記載)	(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(推定発病年月日、発病状況)及び治療の経過	
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目にチェック(□→■に変換)して下さい。)	
<input type="checkbox"/> (1) 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 1 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 2 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 1 行為心迫 <input type="checkbox"/> 2 多弁 <input type="checkbox"/> 3 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 1 幻覚 <input type="checkbox"/> 2 妄想 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 1 自閉 <input type="checkbox"/> 2 感情平板化 <input type="checkbox"/> 3 意欲の減退 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 1 爆発性 <input type="checkbox"/> 2 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 3 多動 <input type="checkbox"/> 4 食行動の異常 <input type="checkbox"/> 5 チック・汚言 <input type="checkbox"/> 6 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 1 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 2 強迫体験 <input type="checkbox"/> 3 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 4 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> 5 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) <input type="checkbox"/> 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () <input type="checkbox"/> 2 意識障害 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> 1 アルコール <input type="checkbox"/> 2 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 3 有機溶剤 <input type="checkbox"/> 4 その他 () <input type="checkbox"/> ア乱用 <input type="checkbox"/> イ依存 <input type="checkbox"/> ウ残遺性・遅発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> エその他 ()	
<input type="checkbox"/> (10) 知能・記憶・学習等の障害 <input type="checkbox"/> 1 知的障害(精神遅滞) <input type="checkbox"/> ア軽度 <input type="checkbox"/> イ中等度 <input type="checkbox"/> ウ重度 <input type="checkbox"/> 2 認知症 <input type="checkbox"/> 3 その他の記憶障害 () <input type="checkbox"/> 4 学習の困難 <input type="checkbox"/> ア読み <input type="checkbox"/> イ書き <input type="checkbox"/> ウ算数 <input type="checkbox"/> エその他 () <input type="checkbox"/> 5 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 6 注意障害 <input type="checkbox"/> 7 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (11) 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 1 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
<input type="checkbox"/> (12) その他 ()	

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、検査所見等 (てんかんの場合は直近の脳波施行年月日も併せて記入して下さい)	
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 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	
⑥ 今後の治療方針	
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)	
⑧ 備考	
上記のとおり、診断します。 _____ 年 月 日 医療機関所在地 _____ 医療機関の名称 _____ 診療担当科名 _____ 電話番号 _____ 医師氏名(自署または記名捺印) _____ ㊟	
以下は主たる精神障害のICD カテゴリーがF0・F1・F2・F3・G40以外の場合のみ記入して下さい。記入がない場合は、「重度かつ継続」に関する意見がないものとして非該当として取り扱います。	
◎「重度かつ継続」に関する意見 (<input type="checkbox"/> 該当・ <input type="checkbox"/> 非該当)	<input type="checkbox"/> (1) 精神保健指定医(精神保健指定医 _____ 号) <input type="checkbox"/> (2) 精神科医 精神科医として従事した期間(_____ 年 _____ 月) ※(1)精神保健指定医の場合は記入不要です。 <input type="checkbox"/> (3) その他の医師 主に診療した精神障害(例:児童思春期精神疾患) [_____] 上記の従事期間(_____ 年 _____ 月)
※該当の場合は、右側の医師の略歴の該当する番号にチェック(□→■に変換)して、必要事項を記入して下さい。	医師の略歴

*判定

承認	不承認	保留
----	-----	----