

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

（自立支援医療（精神通院医療）用）

手帳用診断書で自立支援医療を同時申請する場合のみ使用

患者氏名	
住所	年齢

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。）

- ① 症状性を含む器質性精神障害（F0）
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）
- ④ 気分障害（F3）
- ⑤ てんかん（G40）
- ⑥ その他： (F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合には、下記についても記載すること。

『重度かつ継続』に 該当 ・ 非該当

医師の略歴（上記にて『重度かつ継続』に該当する場合は、下記医師の略歴の該当番号に○をして、必要事項を記入して下さい。精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。）

(1)精神保健指定医(精神保健指定医 号)

(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。

(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)

医師氏名	年 月 日
------	-------