

診断書 (自立支援医療(精神通院医療)用)

氏名	大正・昭和・平成・令和 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 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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)、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 _____	
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
----	-----	----