

診 断 書 (自立支援医療費 (精神通院) 用)

氏 名・生年月日等			年 月 日生 (歳)
住 所			
① 病名 (I C Dコードは、F00～F99、G40のいずれかを記入する。)	(1) 主たる精神障害 _____ I C Dコード (_____) (2) 従たる精神障害 _____ I C D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、発病状況、治療の経過等を記入する。)	(推定発病年月 _____ 年 _____ 月頃) (主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日、医療機関名 _____)		
③ 現在の病状、状態像等 (該当するものを○で囲む。)	④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等		
1 抑鬱状態 (1) 思考・運動抑制 (2) 易刺激性、興奮 (3) 憂鬱気分 (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 (_____ 回/月 又は _____ 回/年) 最終発作 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 脳波検査を行った場合は、その所見 (_____) (2) 意識障害 (3) その他 (_____) 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・注意の障害 (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 (薬剤名) 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)		
⑥ 今後の治療方針	1 薬物療法 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及び自立支援給付対象サービス等の利用状況 (該当するものを○で囲む。)	1 利用有 [生活訓練・グループホーム・ホームヘルプ・訪問指導・その他 (_____)] 2 利用無		
⑧ 医師の略歴 (主たる精神障害が I C Dコード F40～F99 であって「重度かつ継続」に該当すると判断される場合は、該当する□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴が分かるように記入する。)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医 (指定医番号: _____) <input type="checkbox"/> 精神科医 (精神医療に従事した期間・主な所属) <input type="checkbox"/> その他の医師 (精神医療に従事した期間・主な所属)		
⑨ 備考			
医療機関所在地 名称 電話番号 診療担当科名 医師氏名	年 月 日	※ 審 査 欄 承 認 不承認 ※ 重 度 か つ 継 続 該 当 非該当	

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

2 ※印の欄は、記入しないこと。