

## 自立支援医療(精神通院)診断書

※ 精神障害者保健福祉手帳の申請を同時に行う場合は、この診断書の提出を省略することができます。

氏名				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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	(2) 従たる精神障害  ( ICDコード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	(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 を記載)	( 推定発病時期 年 月頃 )						
3 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む) (1) 抑うつ状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性・興奮 ウ 抑うつ気分 エ 自殺念慮 オ 日内変動 カ その他 ( ) (2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ 観念奔逸 オ その他 ( ) (3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ 思考障害 エ その他 ( ) (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ 反響 オ 常同 カ 衝動 キ その他 ( ) (5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ 無関心 オ 非疎通 カ その他 ( ) (6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他 ( ) (7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他 ( ) (8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 発作型 ( ) (ア) 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 頻度 ( 回 / 年・月 ) (イ) 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 頻度 ( 回 / 年・月 ) (ウ) 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 頻度 ( 回 / 年・月 ) (エ) 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 頻度 ( 回 / 年・月 ) イ 意識障害 ウ その他 ( ) (9) 精神作用物質の乱用、依存等 ( アルコール・覚醒剤・有機溶剤・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 ア 知的障害(精神遅滞) (ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 イ 認知症 ウ その他の記憶障害 ( ) エ 学習の困難 (ア) 読み (イ) 書き (ウ) 算数 (エ) その他 ( ) オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他 ( ) (11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的反復的な関心と活動 エ その他 ( ) (12) その他 ( )						4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等	
						5 現在の治療内容 (1) 投薬内容(薬剤名、用量)  (2) 精神療法等(該当する項目を○で囲むこと。) ア 精神療法 ( 回 / 月 ) イ 作業療法 ( 回 / 月 ) ウ 家族療法 ( 回 / 月 ) エ デイケア ( 回 / 週 ) オ その他 ( 回 / 月 ) カ なし  (3) 訪問看護指示の有無 ア 有 ( 頻度 回 / 月 ) イ 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(該当する項目を○で囲むこと。) (1) 有 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 その他の障害福祉サービス オ 訪問指導 カ その他 ( ) (2) 無							
8 保健所等訪問指導(該当する項目を○で囲むこと。) (1) 要 ア 治療中断防止 イ 定期的訪問 ウ デイケア勧奨 エ 就労援助 オ 家族調整 カ その他 ( ) (2) 不要							
9 備考							
<b>「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)</b>							
※この欄は、申請者の主たる精神障害が「重度かつ継続」に該当する場合に記入してください。							
1 主たる精神障害(ICD-10に準じ、該当する番号及び記号を○で囲み、必要事項を記載すること。) (1) F0 : ア. アルツハイマー病型認知症 イ. 血管性認知症 ウ. その他 ( ) (2) F1 : ア. 依存症候群 ( 使用物質 : ) イ. その他 ( ) (3) F2 : ア. 統合失調症 イ. その他 ( ) (4) F3 : ア. 躁病 イ. 躁うつ病 ウ. うつ病 エ. その他 ( ) (5) てんかん ( G40 ) (6) その他 : ( F )							
※「主たる精神障害」が(6)の場合は、「2 医師の略歴」にも記載すること。							
2 医師の略歴(該当する項目を○で囲むこと。) (1) 精神保健指定医 (2) 精神科の医師 : 精神医療に従事した経験が3年以上の医師 (3) (1)及び(2)以外の医師 : 精神医療に従事した経験が3年以上の医師 年 月 日							
医療機関所在地				診療担当科名			
名 称				医師氏名			
電 話 番 号							

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄	
審査結果	承認 ・ 不承認 ・ 保留
不承認・保留の理由	

(注) 本書式は4枚複写とし、1枚目は県提出用、2枚目は厚生センター・保健所(控)用、3枚目は市町村(控)用、4枚目は申請者(控)用とする。

県提出用