

自立支援医療用診断書(精神通院医療用)

氏名							
明治・大正・昭和・平成	年	月	日生(歳)	男・女			
住所							
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00~F99, G40のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____	ICDコード (F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	G	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(2) 従たる精神障害 _____	ICDコード (F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	G	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(3) 身体合併症 _____						
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成	年	月	日		
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成	年	月	日		
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容を記載する)	(推定発病時期 年 月頃)						
	* 器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発病の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名: _____, 昭和・平成 年 月 日)						
④ 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 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 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) 幻覚妄想状態等 1 幻覚 2 妄想 3 連合弛緩・減裂思考 4 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() 最終発作(年 月 日) 2 意識障害 3 その他 ()							
(9) 幻覚妄想状態等 1 アルコール 2 覚せい剤 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(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の場合、その期間 年 月から)							
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知能障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中度 ウ 重度 療育手帳(有・無・不明, 等級) 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 ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等							
[検査所見: 検査名, 検査結果, 検査時期]							

⑥ 現在の治療内容

1 投薬内容

2 精神療法等(該当する項目に○印をつけること)

ア. 通院精神療法(月に 回程度) イ. 精神科デイケア ウ. 通院集団精神療法

エ. 精神科作業療法 オ. てんかん指導料 カ. その他()

3 訪問看護指示の有無(有・無)

⑦ 今後の治療方針(特に計画的集中的な治療を継続して行う必要がある場合は、それが分かるように記載すること。)

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

ア. 生活訓練(援護寮) イ. 就労移行支援(通所授産施設等) ウ. 就労継続支援(福祉工場・通所授産施設等)

エ. グループホーム オ. ケアホーム カ. 福祉ホーム キ. ホームヘルプ ク. ショートステイ ケ. 小規模作業所

コ. 回復者クラブ サ. 保健師の訪問 シ. その他()

⑨ 自立支援医療(精神通院)の重度かつ継続に係る判定

(「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がICDカテゴリーのF4～F9の場合は、診断する医師の略歴に就いてア・イ・ウのうち該当する項目に○印をつけること。)

A 該当 B 非該当 : ア 精神保健指定医 イ 精神科医(3年以上精神医療に従事) ウ その他の医師

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関の名称 _____

医療機関所在地 _____

電話番号 _____

診療科担当科名 _____

医師氏名 _____

(自署又は記名捺印) _____

審査 意見	要 否 保留	委員	備考

* 医師氏名は、自署又は記名捺印のこと。

* 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

* 必要な事項については、空欄がないよう記載をお願いします。

なお、審査判定上必要があるときは、宮城県又は仙台市から医療機関に照会をすることがあります。