

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・令和 | 年 | 月 日生(歳) |
| 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"/> , G <input type="text"/>) | | |
| | (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード (F <input type="text"/> , G <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・令和 | 年 月 日 |
| | 診断書作成医療機関の初診年月日 | 昭和・平成・令和 | 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・令和 _____ 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) 精神作用物質の乱用及び依存等 | | | |
| 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(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 (不使用的場合、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ついてア・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。

令和 _____ 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)

| | | | |
|-----------|--------------|----|----|
| 審査会 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。

