

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 (利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください。)

- 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等 (_____)
 コ. 訪問指導等

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)

審査会 意見	要 否 保留	委員	備考

* 医師氏名は、自署のこと。
 * 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。