

## 診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		年 月 日生 ( 歳)	男・女
住 所			
① 病 名 (ICDコードは、 F00～F99、G40の いずれかを記 載すること)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード <sup>*</sup> ( ) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード <sup>*</sup> ( ) (3) 身体合併症 _____ * 身体合併症は、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の 症状に起因して生じた病態のみ記載すること		
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)			
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 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) そう状態 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 ( ) 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 エ その他 ( ) (10) 知能・記憶・学習等の障害 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 ( )			
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、用法用量等；支給認定の対象となる薬剤のみ記載すること）

(2) 精神療法等（該当項目に○をつけ、各々の内容を具体的に記載すること）

1 通院精神療法（月に 回程度）

2 精神科デイ・ケア（依頼先医療機関：\_\_\_\_\_）

3 精神科作業療法（依頼先医療機関：\_\_\_\_\_）

4 その他（ \_\_\_\_\_ ）  
内容

(3) 訪問看護指示（有・無）依頼先医療機関：\_\_\_\_\_

理由

⑥ 今後の治療方針

⑦ 「重度かつ継続」に関する意見

（所得区分・医療保険の多数該当にかかわらず、主たる精神障害がICDコードのF00～F39・G40以外の場合に、判断し記入すること）

(1) 計画的集中的な通院医療の継続の必要性 a 必要とする b 必要としない

(2) 医師の略歴 a 精神保健指定医 b 3年以上精神医療に従事した経験がある医師

⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

（障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等）

⑨ 備考

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医師氏名（自署又は記名押印）

名 称

電 話 番 号

診 療 科 名