

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)	男	女
住 所			
<b>1 病名</b> (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	G
	(2) 従たる精神障害 _____	ICDコード ( F	G
	(3) 身体合併症 _____		
<b>2 初診年月日</b>	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
<b>3 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容</b>  (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)		
<b>4 現在の病状、状態像等</b> (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 (不使用时、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( )			

<b>5</b>	<p><b>4の病状・状態像等の具体的程度, 症状, 検査所見等</b></p> <p>[検査所見: 検査名, 検査結果, 検査時期]</p>								
<b>6</b>	<p><b>現在の治療内容</b></p> <p>(1) 投薬内容</p> <p>(2) 精神療法等(該当する項目に○印をつけること)</p> <p>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</p> <p>エ. 精神科作業療法    オ. てんかん指導料    カ. その他( _____ )</p> <p>(3) 訪問看護指示の有無 ( 有 ・ 無 )</p>								
<b>7</b>	<p><b>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。)</b></p>								
<b>8</b>	<p><b>現在の障害福祉等のサービスの利用状況</b></p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>コ. 回復者クラブ    サ. 保健師の訪問    シ. その他( _____ )</p>								
<b>9</b>	<p><b>自立支援医療(精神通院)の重度かつ継続に係る判定</b></p> <p>(「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。)</p> <p>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</p> <p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医療機関の名称 _____</p> <p>医療機関所在地 _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p> <p>診療科担当科名 _____</p> <p>医 師 氏 名 _____</p> <p>(自署又は記名捺印)</p>								
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">審査会 意見</td> <td style="width: 55%; text-align: center; vertical-align: middle;">要            否            保留</td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">委員</td> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">備考</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td style="height: 30px;"></td> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>		審査会 意見	要            否            保留	委員	備考				
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。