

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			
<b>1 病名</b> <small>(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)</small>	(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 _____		
<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>  <small>(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)</small>	(推定発病時期 _____ 年 _____ 月頃)		
	<small>* 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)</small>		
<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。

\_\_\_\_\_ 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。