

診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名		年 月 日生 (歳)
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 () (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード () (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)		
<p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>		
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

（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等）

⑨ 備考

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医師氏名

名 称

電 話 番 号

診 療 科 名