

自立支援医療（精神通院医療）診断書			
氏名		生年月日	年 月 日生( 歳)
住所			
1 病名	(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 _____		
2 発病から現在までの病歴(推定発病年月、発病状況、治療経過など初診日を含め記載すること。)			
3 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲むこと。)	(1) 抑うつ状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂うつ気分 エ その他 ( ) (2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他 ( ) (3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他 ( ) (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他 ( ) (5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他 ( ) (6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言カ その他 ( ) (7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他 ( ) (8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 発作型 ( ) 頻度 ( ) イ 意識障害 ウ その他 ( ) (9) 精神作用物質の乱用、依存等 ア アルコール イ 覚醒剤 ウ 有機溶剤 エ その他 ( ) (イ) 乱用 (ロ) 依存 (ハ) 残遺性・遅発性精神病性障害 (ニ) その他 ( ) (10) 知能・記憶・学習等の障害 ア 知的障害(精神遅滞) (イ) 軽度 (ロ) 中等度 (ハ) 重度 イ 認知症 ウ その他の記憶障害 ( ) エ 学習の困難 (イ) 読み (ロ) 書き (ハ) 算数 (ニ) その他 ( ) オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他 ( ) (11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心及び活動 エ 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(継続的な医療の必要性が分かるように記載すること。)			

5 現在の治療内容(計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載すること。)	(1) 投薬内容(精神通院医療の対象となる薬剤のみを記載すること)(有・無) (2) 精神療法 (3) 精神科訪問看護指示の有無(有・無)
6 今後の治療方針	※複数医療機関の認定の場合、他医療機関名と受診が必要な病名、受療状況についても記載すること。
7 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(平成17年法律第123号)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)、その他障害福祉サービス等、訪問指導等)
8 重度かつ継続	1 該当 2 非該当
(主たる精神障害が F40~F99 の場合は、下欄9に精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載すること。)	
9 診断する医師の略歴(該当する□の中にレ印を付すこと。)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない。 (3年以上の精神医療従事歴を下記に記載してください。)
年 月 日	
病院又は診療所の名称	医師氏名
所在地	
電話番号	

注1 用紙の大きさは、A列3番を標準とすること。

2 記名押印に代えて署名することができる。