

診 断 書 自立支援医療(精神通院)用

氏 名		年 月 日生 (歳)		男 ・ 女	
居 住 地					
① 病 名 (ICDコードはF00～F99・G40のいずれかを記載)		(1) 主たる精神障害 _____ I C D コード () (2) 従たる精神障害 _____ I C D 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、初発症 状、病状・治療 の経過、病状・治療 の内容、生活歴、 現在の就労状況 等)		(推定発病年月 年 月頃)			
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む。) ※概ね過去2年間に認められたもの、今後2年間に予想されるものを含む。 (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 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 (イ ・ ロ ・ ハ ・ ニ) ※以下を参照して該当するものを○で囲む。 頻度 (回/ 月 ・ 年) 最終発作 (年 月 日) イ:意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ:意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ:意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ:意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 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) 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・学習等の障害 1 知的障害 (精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳 (有 ・ 無 、 等級等) 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 (具体的な精神症状や日常生活への影響を 記載してください。)			
		検査所見 検査名 () 検査結果 () 検査時期 ()			

⑤ 現在の治療内容 ※公費負担の対象外の投薬内容につきましては、記載する必要はありません。 1 投薬内容 2 精神療法等 ※継続的な通院治療の必要性がわかるように、具体的な指導内容等を記載してください。 3 訪問看護指示の有無 （有 ・ 無）		
⑥ 今後の治療方針 ※具体的な治療目標とその他の治療方法を記載してください。		
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 ※利用がない場合は「特記事項なし」等、記載してください。 （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(平成17年法法律第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）、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、生活保護等の有無） <u>有（具体的に記載）</u> （ ） <u>無</u>		
⑧ 備考	*千葉県 処理欄	該 当 ・ 非該当

*主たる精神障害が I C D-1 0 における F 0、F 1、F 2、F 3、G 4 0 以外の場合、下記記載

重 度 か つ 継 続 の 有 無 (い ず れ か を ○ で 囲 む)	無	
	有 (右記も 記載)	医師の略歴（いずれかを○で囲むとともに、括弧内も記載） 1 精神保健指定医（指定医番号： ） 2 その他（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記載）

* 千葉市 処理欄	重度かつ継続について
	該 当 ・ 非該当

年 月 日
上記のとおり診断します。

医療機関所在地

診療担当科名

名称

医師氏名

電話番号

自署又は記名押印