

自立支援医療診断書（精神通院医療）
 （兼「重度かつ継続」に関する意見書）

フリガナ 氏名	年 月 日生()歳	男・女
住所		
① 病名 (ICDコード欄には、F00～F99、あるいはG40のいずれかを記載してください。)		
(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、治療の経過等を記載)		
(推定発病年月 年 月)		
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。現在は状態が安定しているが医療を中断すれば起こり得る症状については、◎で囲んでください。)		
(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) 意識障害 1. せん妄 2. もうろう状態 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 エ. その他()		
(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()		
(11) てんかん発作 1. 全般性強直間代発作 2. 自動症 3. 意識減損発作 4. 単純部発作 5. その他() ア. 頻度() イ. 最終発作(年 月 日)		
(12) 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()		
(13) その他()		

※ 整理 番号	(新・継・再)	※ 判定 ①	適	否	保	※ 判定 ②	適	否	保
④ ③の病状、状態像の具体的程度、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してください。また、その病状、状態像等が精神病か、あるいはそれと同等の病態であるのか、そしてそれが継続、あるいは消長を繰り返すのかについても具体的に記載してください。									
⑤ 現在の治療内容 (該当する項目を○で囲んでください。)									
1. 投薬内容 ア. 抗精神病薬 イ. 抗うつ薬 ウ. 抗不安薬 エ. 感情調整薬 オ. 睡眠導入薬 カ. 抗てんかん薬 キ. その他()									
2. 精神療法等 ア. 通院・在宅精神療法 イ. 標準型精神分析療法 ウ. 通院集団精神療法 エ. 精神科デイケア オ. 重度認知症デイケア カ. 精神科作業療法 キ. てんかん指導 ク. 精神科訪問看護・指導 ケ. その他()									
⑥ 今後の治療方針 (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してください。)									
(通院間隔 月・ 週/ 回)									
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (該当する項目を○で囲んでください。)									
1 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サービス ア 自立訓練 (生活訓練) イ 共同生活援助 (グループホーム) ウ 共同生活介護 (ケアホーム) エ 居宅介護 (ホームヘルプ) オ 重度訪問介護 2 その他()									
⑧ 「重度かつ継続」に関する意見 A. 該当 B. 非該当 (申請しない場合も含む。)									
◎注意：この欄は、「重度かつ継続」に該当すると判断し、かつ「主たる精神障害」の ICD コードが F40～F99 の場合に記載が必要です。									
⑨ 診断する医師の略歴 (該当する番号を○で囲んでください。)									
1 精神保健指定医である 2 精神保健指定医でない (→下記の欄も記載ください。) 精神医療従事歴 (精神医療に3年以上従事した経験を有することが確認できるよう記載してください。)									
⑩ 備考					上記のとおり診断します。 年 月 日				
()					医療機関の名称 医療機関の所在地 電話番号 診療科名 医師氏名 (自署または記名捺印)				

注意 1. ※の欄は記入しないでください。
 2. ICD コードは、ICD-10 (国際疾病分類第10版、WHO) に準じ、文字数字コード3桁又は4桁レベルで記載してください。
 3. 必要な事項については空欄が無いように全て記載してください。特に、「重度かつ継続」に該当する場合は、その要件を満たす診断書の記載内容が必要ですので、その点について十分考慮して記載してください。
 4. この用紙の大きさは、日本工業規格 A3 とする。