

自立支援医療（精神通院医療）診断書

フリガナ		大正・昭和・平成・令和
氏名		年 月 日生（満 歳）
住所	香川県	
1 病名 <small>（ICDコードは、右の病名と対応する F00～F99、G40 のいずれかを記載してください。）</small>	(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等 <small>（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。）</small>	（推定発病年月 昭和・平成・令和 年 月頃）	
3 現在の病状、状態像等 <small>（該当する□に✓印を記入してください。）</small>	4 3の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見（検査名、検査結果、検査時期）等	
(1) 抑鬱状態 □思考・運動抑制 □易刺激性、興奮 □憂鬱気分 □その他（ ）		
(2) 躁状態 <small>（そう）</small> □行為心迫 □多弁 □感情高揚・易刺激性 □その他（ ）		
(3) 幻覚妄想状態 □幻覚 □妄想 □その他（ ）		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 □興奮 □昏迷 □拒絶 □その他（ ）		
(5) 統合失調症等残遺状態 □自閉 □感情平板化 □意欲の減退 □その他（ ）		
(6) 情動及び行動の障害 □爆発性 □暴力・衝動行為 □多動 □食行動の異常 □チック・汚言 □その他（ ）		
(7) 不安及び不穏 □強度の不安・恐怖感 □強迫体験 □心的外傷に関連する症状 □解離・転換症状 □その他（ ）		
(8) てんかん発作等 （けいれん及び意識障害） □てんかん発作 発作型（ ） 頻度（ ） □意識障害 □その他（ ）		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 □アルコール □覚醒剤 □有機溶剤 □その他（ ） □乱用 □依存 □残遺性・遅発性精神病性障害 □その他（ ）		

(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 □知的障害（精神遅滞） □軽度 □中等度 □重度 □認知症 □その他の記憶障害（ ） □学習の困難 □読み □書き □算数 □その他（ ） □遂行機能障害 □注意障害 □その他（ ）	
(11) 広汎性発達障害関連症状 □相互的な社会関係の質的障害 □コミュニケーションのパターンにおける質的障害 □限定した常同的で反復的な関心と活動 □その他（ ）	
(12) その他（ ）	
5 現在の治療内容 (1) 投薬内容 (2) 精神療法等	
(3) 医療型デイケアの利用（□有 □無） (4) 訪問看護指示の有無（□有 □無）	
6 今後の治療方針	
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況 <small>（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居宅介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導等）</small> □無 □有（ ）	
8 医師の経歴 <small>（重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害がF40～F99と診断した場合に記載してください。）</small> □精神保健指定医である。（指定医番号： ） □精神保健指定医でない。（精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。） []	
9 備考 <small>（審査の参考となる事項を記載してください。）</small>	
令和 年 月 日	
医療機関 所在地 名称 電話番号	診療担当科名 医師氏名