

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施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成26年3月31日

香川県知事 浜田 恵 造

香川県規則第40号

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施行細則の一部を改正する規則  
 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施行細則（平成18年香川県規則第42号）の一部を次のように改正する。  
 次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後		改正前	
第6号様式（第4条関係） 自立支援医療（精神通院医療）診断書		第6号様式（第4条関係） 自立支援医療（精神通院医療）診断書	
フリガナ	氏名	フリガナ	氏名
	年 月 日生（満 歳）		年 月 日生（満 歳）
	男・女		男・女
住 所		住 所	
1 病名（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。）	(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	1 病名（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。）	(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（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。）	（推定発病年月 年 月頃）	2 発病から現在までの病歴等（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。）	（推定発病年月 年 月頃）
3 現在の病状、状態像等（該当する□に△印を記入してください。）	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	3 現在の病状、状態像等（該当する□に△印を記入してください。）	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 <input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他（ ） (2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他（ ） (3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ） (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ） (5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他（ ） (6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他（ ） (7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他（ ） (8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> てんかん発作発作型（ ）頻度（ ） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） (9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・選発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	(1) 抑鬱状態 <input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他（ ） (2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他（ ） (3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ） (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ） (5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他（ ） (6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他（ ） (7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他（ ） (8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> てんかん発作発作型（ ）頻度（ ） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） (9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・選発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	(1) 抑鬱状態 <input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他（ ） (2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他（ ） (3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ） (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ） (5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他（ ） (6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他（ ） (7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他（ ） (8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> てんかん発作発作型（ ）頻度（ ） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） (9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・選発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）	(1) 抑鬱状態 <input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他（ ） (2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他（ ） (3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ） (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ） (5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他（ ） (6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他（ ） (7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他（ ） (8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> てんかん発作発作型（ ）頻度（ ） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） (9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・選発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）

(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 (精神遅滞) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の記憶障害 ( ) <input type="checkbox"/> 学習の困難 <input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (11) 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) (4) 訪問看護指示の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 (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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
8 医師の経歴 (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。) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。(指定医番号: ) <input type="checkbox"/> 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 (審査の参考となる事項を記載してください。)	
年 月 日 医療機関 所在地 診療担当科名 名 称 医師氏名 (署名又は記名押印) 電話番号	㊟

(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 (精神遅滞) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の記憶障害 ( ) <input type="checkbox"/> 学習の困難 <input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (11) 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) (4) 訪問看護指示の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 (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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
8 医師の経歴 (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。) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。(指定医番号: ) <input type="checkbox"/> 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 (審査の参考となる事項を記載してください。)	
年 月 日 医療機関 所在地 診療担当科名 名 称 医師氏名 (署名又は記名押印) 電話番号	㊟

附 則

- この規則は、平成26年4月1日から施行する。
- 改正前の第6号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。