（様式２）　　自立支援医療（精神通院医療）診断書

フリガナ 氏　　名		年　月　日生　歳
住　　所		

① 病　名　（「ICD コード」欄には、F00～F99 及び G40 の範囲のものを記入してください。）

病　名	1）主たる精神障害	2）従たる精神障害	3）身体合併症
ICDコード	F□□.□・G40	F□□.□・G40	／

② 病　歴・受診歴　　推定発病年月：　年　月頃　　初診年月日：　年　月　日

発病から現在までの病歴（発病状況、治療の経過等を記載）

③ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）

(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（けいれんおよび意識障害）
　1 てんかん発作：発作区分
　（ア 意識障害はないが、随意運動が失われる イ 意識を失い、行為が途絶するが倒れない
　ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す）
　頻度（　／月・年）　最終発作（　年　月ごろ）
　2 意識障害　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 覚せい剤　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すること）
　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・注意の障害
　1 知的障害（精神遅滞）　ア 軽度　イ 中等度　ウ 重度　療育手帳（無・有：A　B１　B２）
　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
【身体所見（神経学的所見）、臨床検査の結果（心理テスト・知能テスト等）を含む】

⑤ 現在の治療内容

(1) 投薬内容（薬剤名及び使用量を具体的に記載）

(2) 精神療法等（目的・内容・頻度等を具体的に記載。デイケアを実施している場合も記載）

(3) 訪問看護指示　（有　/　訪問看護ステーション名 ＿＿＿＿＿＿
訪問看護指示内容 ＿＿＿＿＿＿）
（無）

⑥ 今後の治療方針（目的・内容・頻度等を具体的に記載。デイケアを実施する場合も記載）

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況と今後の方針等を具体的に記入してください。
（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、訪問指導、生活保護の有無等）

⑧「高額治療継続者」に関する意見
（主たる精神障害がICDカテゴリーF40～F99の場合は以下の該当項目にチェックを記入）
高額治療継続者に　□該当　□非該当
医師の略歴　□ 精神保健指定医　□ 3年以上精神医療に従事した経験がある医師

⑨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　医師氏名

診療担当科

様式作成：令和３年度