

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

患者氏名		
住 所		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□に✓をつけ又は記載してください。）

① 症状性を含む器質性精神障害（F0）

② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）

③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）

④ 気分障害（F3）

⑤ てんかん（G40）

⑥ その他（病名： _____ ICDカテゴリー： _____）

主たる精神障害が上記「⑥ その他」の場合のみ、下記についても記載してください。

医師の略歴

（精神保健指定医であるなど、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に該当する□に✓をつけてください。）

<input type="checkbox"/> 精神保健指定医		
<input type="checkbox"/> 精神科医	精神科医として従事した期間	年 月
<input type="checkbox"/> その他の医師	主に診療した精神障害	左記の従事期間 年 月

医師氏名