

初回・継続・再申請

診 断 書 (精神通院医療用)

2014. 4 秋田県

氏 名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女
住 所			
① 病名 (ICDコードは、F00～F99、 G40のいずれかを記載)	(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 [*] (<input type="checkbox"/> F__ __ ・ <input type="checkbox"/> G40) ICDコード [*] (<input type="checkbox"/> F__ __ ・ <input type="checkbox"/> G40)	
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 (けいれん及び意識障害) 1. てんかん発作 (発作型 : _____) 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 エ. その他 (_____)			
(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 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・状態像の具体的程度、症状、検査所見等（脳波検査、知能検査他）

[精神作用物質の乱用及び依存の場合：その脱却のため自ら通院医療を希望して いる・ いない]

⑤ 現在の治療内容

1. 投薬内容

2. 精神療法等

3. 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

障害者総合支援法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 その他（ ） 利用なし

⑧ 「重度かつ継続」に関する意見

1 主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する項目にレ印を記入又は病名等を記載すること）

症状性を含む器質性精神障害(F0)

精神作用物質使用による精神及び行動の障害(F1)

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2) 気分障害(F3)

てんかん(G40)

その他(病名： ICDカテゴリー：)

2 診断する医師の略歴(主たる精神障害が上記「その他」の場合のみ、該当する項目にレ印を記入又は記載すること)

精神保健指定医

精神保健指定医以外 ※下記に記載すること

精神医療従事期間 年 月 ※主たる精神障害が上記「その他」の場合は、3年以上の精神医療従事期間が必要

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関の名称

診療担当科名

医療機関所在地

電話番号

医師氏名（自署又は記名捺印）