

2020.7 秋田県

氏名		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）	
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 _____ ICDコード* (☐ F__ __ ・ ☐ G40) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード* (☐ F__ __ ・ ☐ G40) (3) 身体合併症 _____	
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. 覚醒剤 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。

令和 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）