

診 断 書 (自立支援医療(精神通院医療用))

受診者氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男・女
受診者住所	京都府		
① 病名 (ICD J-ト*は、F00~F99, G40, G41のいずれかを記載ください。)	(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 (推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載ください。)	(推定発病時期 年 月頃) ● 情動及び行動の障害または不安及び不穏状態にあり、計画的集中的な通院医療を継続的に要すると ア 判定される ← イ 判定されない (「重度かつ継続」に該当する場合は、こちらを○で囲んでください。)		
③ 現在の病状、状態像等 (治療を継続しなければ出現する可能性のある症状、状態像も含め、該当する項目を○で囲んでください。)			
(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 (_____) 頻度 (_____) 2 意識障害 3 転倒 4 その他 (_____)		
(9)精神作用物質の乱用、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・学習等の障害	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(具体的に記載ください。)	(_____)		
④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等			
⑤ 現在の治療内容 1 薬物療法(投薬内容) 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無 有 ・ 無 (いずれかを○で囲んでください。) 4 精神科デイケア指示の有無 有 ・ 無 (いずれかを○で囲んでください。) 5 その他		⑥ 今後の治療方針(具体的に記載ください。) ● 今後も継続的集中的な治療を継続的に行う ア 必要がある ← イ 必要がない (「重度かつ継続」に該当する場合は、こちらを○で囲んでください。) 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等、訪問指導等) ⑧ 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 所在地 電話番号	診療担当科名 医師氏名 (記名捺印または自筆による署名)	●精神保健指定医 ●3年以上精神医療従事経験あり ↑ (いずれかを○で囲んでください。)	印

●印欄は、「①病名」欄の主たる精神障害のICDコードが「F0~F3,G40,G41」以外の場合、必ず記入ください。