

## 自立支援医療(精神通院医療)意見書(診断書)

氏名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳 )		
住所	さいたま市 区		
① 病名 <small>(ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載すること。)</small>	(1)主たる精神障害	ICDコード ( <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> )	②「重度かつ継続」について ①病名欄のICDコードがF00～F39、G40以外の場合にチェックすること。 情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態にあり、計画的かつ集中的な通院医療を継続して行う必要性 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	(2)従たる精神障害	ICDコード ( <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> )	
	(3)身体合併症		
③ 発病から現在までの病歴等 <small>(推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載すること。)</small>	(推定発病時期 年 月頃)  _____		
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を全て○で囲むこと。)	(9)精神作用物質の乱用、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 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 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・活動 4 その他 ( ) (12)その他 ( )		
⑤ ④の現在の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等	_____ _____ _____		
⑥ 障害福祉サービス等の現在の利用状況	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 居宅介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス等 ( )		
⑦ 現在の治療内容	1 投薬内容(自立支援医療費(精神通院医療)の対象となる投薬内容を記載すること。) _____ _____ 2 精神療法等 _____ _____ 3 訪問看護指示の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )      4 精神科デイケア利用の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
⑧ 今後の治療方針(今後の治療方針については必ず記入すること。また、②で「有」にチェックした場合は、「今後の治療方針」に加え、「計画的かつ集中的な通院医療を継続して行う必要性」についても分かるよう具体的に記載すること。)	_____ _____ _____		
⑨ 医師の略歴(②で「有」にチェックした場合は、次のいずれかをチェックし、必要事項を記載すること。)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医(指定医番号: _____) <input type="checkbox"/> 精神医療従事年数( _____ 年 ) ※3年以上の従事経験を有することが必要。		
上記の通り診断します。	年 月 日		
医療機関所在地 名称 電話番号	診療担当科名 医師氏名(自署または記名押印)		

㊟

判定会使用欄	要	否	重度かつ継続非該当