

自立支援医療 (精神通院医療) 診断書

フリガナ		大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		男・女
氏 名				
住 所	香川県			
1 病 名	(1) 主たる精神障害..... ICDコード () (ICDコードは、右の病名と対応する F00～F99、G40 のいずれかを記載してください。) (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等	(推定発病年月 昭和・平成 年 月頃)			
(推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。)				
3 現在の病状、状態像等 (該当する□に✓印を記入してください。)	4 3の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 (検査名、検査結果、検査時期) 等			
(1) 抑鬱状態 ☐ 思考・運動抑制 ☐ 易刺激性・興奮 ☐ 憂鬱気分 ☐ その他 ()				
(2) 躁状態 ☐ 行為心迫 ☐ 多弁 ☐ 感情高揚・易刺激性 ☐ その他 ()				
(3) 幻覚妄想状態 ☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ その他 ()				
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ☐ 興奮 ☐ 昏迷 ☐ 拒絶 ☐ その他 ()				
(5) 統合失調症等残遺状態 ☐ 自閉 ☐ 感情平板化 ☐ 意欲の減退 ☐ その他 ()				
(6) 情動及び行動の障害 ☐ 爆発性 ☐ 暴力・衝動行為 ☐ 多動 ☐ 食行動の異常 ☐ チック・汚言 ☐ その他 ()				
(7) 不安及び不穏 ☐ 強度の不安・恐怖感 ☐ 強迫体験 ☐ 心的外傷に関連する症状 ☐ 解離・転換症状 ☐ その他 ()				
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) ☐ てんかん発作 発作型 () 頻度 () ☐ 意識障害 ☐ その他 ()				
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 ☐ アルコール ☐ 覚醒剤 ☐ 有機溶剤 ☐ その他 () ☐ 乱用 ☐ 依存 ☐ 残遺性・遅発性精神障害 ☐ その他 ()				

(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 ☐ 知的障害 (精神遅滞) ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 認知症 ☐ その他の記憶障害 () ☐ 学習の困難 ☐ 読み ☐ 書き ☐ 算数 ☐ その他 () ☐ 遂行機能障害 ☐ 注意障害 ☐ その他 ()	
(11) 広汎性発達障害関連症状 ☐ 相互的な社会関係の質的障害 ☐ コミュニケーションのバリエーションにおける質的障害 ☐ 限定した常同的で反復的な関心と活動 ☐ その他 ()	
(12) その他 ()	
5 現在の治療内容 (1) 投薬内容 (2) 精神療法等	
(3) 医療型デイケアの利用 (☐ 有 ☐ 無) (4) 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 (障害者自立支援法に規定する居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導等) ☐ 無 ☐ 有 ()	
8 医師の経歴 (重度かつ継続して該当し、かつ、主たる精神障害が F40～F99 と診断した場合に記載してください。) ☐ 精神保健指定医である。(指定医番号:) ☐ 精神保健指定医でない。(精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。)	
9 備考 (審査の参考となる事項を記載してください。)	
平成 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 (署名又は捺印)