自立支援医療診断書（精神通院医療用）

相模原市提出用 ・ 区 控 ・ 医療機関控

フリガナ 氏　　名		明治・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日生
住　　所	相模原市　　区	

1 病　　名
（ＩＣＤコードは、右の病名と対応するＦ00～Ｆ99、Ｇ40のいずれかを記入してください。）

(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 ＿＿＿＿＿＿＿＿
（身体合併症欄は、精神疾患に起因する疾患のみ記入してください。）

※ＩＣＤコードは３ケタ以上（例：Ｆ００）で記入してください。

2 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容
（推定発病年月、発病状況、初発症状、通院状況、初診年月日、治療の経過・内容などを記入してください。）

・推定発病時期　　年　　月頃
・診断書作成医療機関の初診年月日　　年　　月　　日

3 精神障害の症状、状態像等（該当項目を○で囲んでください。）
（治療を中止すれば出現する可能性のある症状も含む。）

(1)抑うつ状態
ア 思考・運動抑制　イ 易刺激性、興奮　ウ 憂うつ気分　エ その他（　　）
(2)躁状態
ア 行為心迫　イ 多弁　ウ 感情高揚・易刺激性　エ その他（　　）
(3)幻覚妄想状態
ア 幻覚　イ 妄想　ウ その他（　　）
(4)精神運動興奮及び昏迷の状態
ア 興奮　イ 昏迷　ウ 拒絶　エ その他（　　）
(5)統合失調症等残遺状態
ア 自閉　イ 感情平板化　ウ 意欲の減退　エ その他（　　）
(6)情動及び行動の障害
ア 爆発性　イ 暴力・衝動行為　ウ 多動　エ 食行動の異常
オ チック・汚言　カ その他（　　）
(7)不安及び不穏
ア 強度の不安・恐怖感　イ 強迫体験　ウ 心的外傷に関連する症状
エ 解離・転換症状　オ その他（　　）
(8)てんかん発作等（けいれん及び意識障害）
ア てんかん発作　（該当する場合は、４欄に発作のタイプ、頻度等について記入）
イ 意識障害　ウ その他（　　）
(9)精神作用物質の乱用及び依存等
ア アルコール　イ 覚醒剤　ウ 有機溶剤　エ その他（　　）
（ア）乱用（イ）依存（ウ）残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること）
（エ）その他（　　）
(10)知能・記憶・学習・注意の障害
ア 知的障害（精神遅滞）（ア）軽度（イ）中等度（ウ）重度
イ 認 知 症　（ア）軽度（イ）中等度（ウ）重度
ウ その他の記憶障害（　　）
エ 学習の困難（ア）読み（イ）書き（ウ）算数（エ）その他（　　）
オ 遂行機能障害　カ 注意障害　キ その他（　　）
(11)広汎性発達障害関連症状
ア 相互的な社会関係の質的障害
イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害
ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動
エ その他（　　）
(12)その他（　　）

4 「３ 精神障害の症状、状態像等」の具体的状況と程度、症状、検査所見（検査名、検査結果、検査時期等）等

・てんかん発作に該当する場合は、次の項目について記入してください。
(1)発作のタイプ、頻度
ア 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
月に（　）回 又は 年に（　）回
イ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
月に（　）回 又は 年に（　）回
ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
月に（　）回 又は 年に（　）回
エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
月に（　）回 又は 年に（　）回
(2)発作がコントロールされている場合
最終発作年月日（　　年　　月　　日）

5 精神障害に対する現在の治療内容

(1)投薬内容（精神障害に対して処方している薬剤名を全て記入してください。）

(2)精神療法等（該当項目を○で囲んでください。）

・通院精神療法　・精神科作業療法　・精神科デイケア　・認知行動療法　・精神分析療法
・てんかん指導料　・その他（　　）　・なし

(3)訪問看護指示の有無　【 有 ・ 無 】（どちらかを○で囲んでください。）

6 精神障害に対する今後の治療方針（精神障害に対し継続的な通院治療を行う目的と治療方法を具体的に記入してください。）

7 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください。）

・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）　・地域活動支援センター　・訪問指導
・その他の障害福祉サービス等　（　　）

8 備考

9 自立支援医療における「重度かつ継続」（該当するかどうかについて記入してください。）

(1) １病名の(1)主たる精神障害のICDｺｰﾄﾞがF40～F99であって、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態に該当し、計画的・集中的な治療を継続的に要する場合に、該当事項に「レ」を記入してください。

□ 症状等が持続している　□ 症状等が消長を繰り返している　□ 症状等の持続又は消長の繰り返しは<u>していない</u>

(2) (1)は、３年以上の精神医療の経験を有する医師の診断となるため、該当する項目に「レ」を記入してください。

□ 精神保健指定医（精神保健指定医番号　第 ＿＿＿＿ 号）
□ 精神医療に従事した経験　３年以上

年　　月　　日　（前回記載年月　　年　　月）

医療機関の名称　　診療担当科名

所在地・電話番号　　医 師 氏 名

令和3年1月　改訂