

フリガナ 氏 名	サガミ イチロウ 相模 一郎	明治・大正・昭和・平成・令和 ** 年 ** 月 ** 日生
住 所	相模原市 中央 区 中央2-11-15	
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 <b>統合失調症</b> ICDコード <b>F20</b>	(2)従たる精神障害 原則、国際疾病分類に位置づけられる病名での記載をお願いします。「心因反応」「〇〇状態」などの表記は避けてください ICDコード
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 <b>S63</b> 年 <b>4</b> 月頃 ・診断書作成医療機関の初診年月日 <b>H2</b> 年 <b>10</b> 月 <b>3</b> 日 <b>高校を卒業後、東京都内の大学に進学。昭和63年、新学期が始まる頃から、授業中にも突然大声で叫び出すなど奇異な言動がみられ、同年10月20日〇〇大学精神科受診し、そのまま3ヶ月ほど入院。その後も幻覚妄想状態が続くため、退学して帰郷し、平成2年当院初診し、現在も通院継続中。</b>	
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。)	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)	
(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 <b>イ</b> 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 <b>イ</b> 感情平板化 <b>ウ</b> 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 <b>(9)、(10)に該当する場合には、ア～キの中から該当する項目を○で囲み、さらに下位項目の(ア)～(エ)の中から該当するものを○で囲んで下さい。</b> エ 解離・転換 (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 <b>(9)「(ウ)残遺性・遅発性精神病性障害」に該当する場合には、その状態像について、3欄の該当する項目を○で囲んでください。</b> イ 認知症 (ア)軽 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( )	<b>言動にまとまりを欠き、時として思考も混乱し困惑していることがある。5年ほど前までは、「天井の裏側から、自分の名前を呼ぶ女性の声が出て、いろいろと指図してくる」などの異常体験を訴え、混乱した行動をおこなうことも時々あったが、最近は異常体験に左右された行動に及ぶことは殆どない。幻聴・被害関係妄想は現在も時々認める。</b> <b>地域活動支援センターを利用しているが、他者とのつきあいをあまりせず、一人で無為に過ごすことが多いため、働きかけが必要。</b> <b>感情の平板化も目立ち、日中のグループ活動中も茫然とすごすことが多い。</b>	

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。)

〇〇〇〇、××××

薬剤名を製品名か一般名で記入してください(略語の使用は不可)。投薬がない場合は、「なし」と記載してください。「なし」の場合は、薬局を指定することはできません。

(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。)

**薬物及び精神療法を継続して、病状の安定化を図る。心理教育・デイケアの継続により、対人コミュニケーションやソーシャルスキルの向上を促し、生活能力の改善及び社会参加を目指す。**

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コードが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していない

(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

令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日 (前回記載年月 \*\* 年 \*\* 月)

医療機関の名称 **相模原市役所センター病院** 診療担当科名 **精神科**

所在地・電話番号 **相模原市中央区富士見6-1-1 042-769-9818** 医師氏名 **役所 一**