

診断書 (自立支援医療(精神通院医療)用)

大正・昭和・平成・令和 月 日生(歳)

①病名: ICD-10に準拠した病名とFコード(3桁)を記入してください。〇〇状態、〇〇疑い、略称は不可です。Gコードを使用できるのはてんかん(G40)のみです。

① 病名 (ICDコードは、F00~F99,G40のいずれかを記載)
(1) 主たる精神障がい 双極性感情障害 ICDコード (F31)
(2) 従たる精神障がい ICDコード ()
(3) 身体合併症

② 発病から現在までの病歴(推定発病年月日、発病状況)及び治療の経過
推定発病年月日、発病時の症状、状況、治療の経過、治療内容(通院・入院歴含む)などを記入してください。

③ 現在の病状、状態像等(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) 情動及び行動の障がい
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 ①の病名がてんかんである場合に記入してください。現在発作が起こっていない場合は、「現在は抑制中」などと記入してください。 5 その他()
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障がい)
1 てんかん発作 発作型() 頻度() 2 意識障がい 3 その他()
(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・遅発性精神病性障がい エその他
①の病名のコードがF10~F19である場合に記入してください。
(10) 知能・記憶・学習等の障がい
1 知的障がい(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 ①の病名に認知症がある場合に記入してください。 3 その他の記憶障がい()
4 学習の困難 ア読み イ書 ウ算数 エその他() 5 遂行機能障がい 6 注意障がい 7 その他()
(11) 広汎性発達障がい ①の病名に知的障がいがある場合に記入してください。
1 相互的な社会関係の質的障がい 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障がい 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()

①の病名が知的障がい又は認知症のみの場合(1)~(7)の精神症状が必要です。

①の病名がてんかんである場合に記入してください。現在発作が起こっていない場合は、「現在は抑制中」などと記入してください。

①の病名のコードがF10~F19である場合に記入してください。

①の病名に認知症がある場合に記入してください。

①の病名に知的障がいがある場合に記入してください。

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、検査所見等(てんかんの場合は直近の脳波施行年月日も併せて記入してください)
病状・状態像の具体的程度のほか、てんかんは脳波所見、認知症はHDS-Rなどの検査所見、その他病名に応じた検査所見を記入してください。
⑤ 現在の治療内容
1 投薬内容
精神通院医療の対象となるもののみ記入してください。対象となるものは、次のとおりです。
・精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対するもの
・精神障害のために用いた薬剤の副作用等当該精神障害の治療に関連して生じた病態に対するもの
2 精神療法等
支持的精神療法など記入してください。ない場合は「なし」と記入してください。
3 訪問看護指示の有無 (有・無)
精神科訪問看護の利用を申請される場合は、必ず「有」にチェックしてください。
⑥ 今後の治療方針
投薬治療の継続など具体的に記入してください。複数の医療機関での治療が必要な場合は、医療に重複がないこと、やむを得ない事情があること、連携がとられていることを記入してください。
⑦ 現在の障がい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)その他の障がい福祉サービス及び精神科訪問看護、デイケア、訪問指導等)
精神科訪問看護利用中 デイケア利用中 生活保護受給中
⑧ 備考
⑧訪問看護やデイケア利用中等の場合に御記入ください。※訪問看護と訪問指導は別のもです。
診断書の有効期間は3か月以内です。
年 月 日
上記のとおり、診断します。
医療機関所在地
医療機関の名称
診療担当科名
電話番号
医師氏名(自署又は記名押印)
診療担当科も忘れずに記入してください。医師氏名は、自署又は記名押印が必要です。
重度かつ継続の意見を記入した医師の略歴を記入してください。精神保健指定医以外の場合は、3年以上の経験が必要です。
以下は主たる精神障がいのICDカテゴリーがF0・F1・F2・F3・G40以外の場合のみ記入してください。記入がない場合は、「重度かつ継続」に関する意見がないものとして非該当として取り扱います。
◎「重度かつ継続」に関する意見
() (該当・非該当)
※該当の場合は、右側の医師の略歴の番号に○をして、必要事項を記入してください。
(1) 精神保健指定医(精神保健指定医 号)
(2) 精神科医
精神科医として従事した期間(年 月)
※(1)精神保健指定医の場合は記入不要です。
(3) その他の医師
主に診療した精神障がい(例:児童思春期精神疾患)
上記の従事期間(年 月)
*判定
承認 不承認 保留