（様式第２）　　診　断　書　　（精神通院医療用）

氏　名		大正・昭和・平成・令和 年　月　日生　（　歳）
住　所		
①　病名 (ICD コードは、F00～F99,G40 のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ICD コード　（　） (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（推定発病年月日、発病状況）及び治療の経過		

③　現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲んで下さい。）

(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)　情動及び行動の障害
　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　　３心的外傷に関連する症状　　４解離・転換症状
　５その他（　　）

(8)　てんかん発作等（けいれん及び意識障害）
　１てんかん発作　発作型（　　）　頻度（　　）　２意識障害
　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・遅発性精神病性障害　エその他（　　）

(10)　知能・記憶・学習等の障害
　１知的障害（精神遅滞）　ア軽度　イ中等度　ウ重度　　２認知症　　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と活動　　４その他（　　）

(12)　その他（　　）

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下さい）

⑤　現在の治療内容
１投薬内容　（精神障害に対する処方のみ記入してください。）

（　　）

２精神療法等（　　）

３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）、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等）

⑧　備考

上記のとおり、診断します。　　年　　月　　日
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

以下は主たる精神障害の ICD カテゴリーが F0・F1・F2・F3・G40 以外の場合のみ記入して下さい。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該当する番号に○をして、必要事項を記入して下さい。	医師の略歴	（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害（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