

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
----	-----	----