

氏 名	病名:ICD-10に準拠した病名と Fコード(2桁もしくは3桁)を記入してください。○○状態、○○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。適応障害は6か月以上継続する場合、病名の変更が必要です。		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 <u>統合失調症</u> ICD コード (<u>F20</u>) (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	発病時の症状、状況、治療の経過、治療内容(通院・入院歴含む)、家庭生活、就学・就労など社会生活の状況などを記入してください。 *病歴に「入院中」との記載があるものは、審査保留となります。 必ず「〇月〇日退院」などのように記載して下さい。		
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 1 アルコール 2 覚せい剤 3 大麻 4 その他 () ア乱用 イ依存 ウ断薬 (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 ()		

「その他」に○をつけた場合は()に記載が必要です。

①の病名が知的障がいのみの場合は、(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、発作のタイプ、頻度((例)月・年 回以上・以下など)、転倒の有無等が精神障害者保健福祉手帳の等級判定に大きく影響します。最終発作も矛盾がないように確認してください。発作が起っていない場合は、「現在抑制中」などと記入してください。詳細は備考欄に追記してください。

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下さい)
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等を記入してください。

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。)

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
自立支援医療(精神通院医療)の対象となる治療について、治療目標をふまえて継続的に行っていく治療法を具体的に記入してください。

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)

(例)精神科訪問看護利用中、デイケア利用中、生活保護受給中、ない場合は「なし」と記入してください。

⑧ 備考
上記以外に判定の参考となる事項があれば記載してください。

診断書の有効期間は3か月以内です。

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

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害のICDカテゴリーがF0・F1・F2・F3・G40の場合、
「重度かつ継続」に関する意見がないものとして非該当の場合は、
「重度かつ継続」に関する意見
未記入の場合は聞き取りで可
その場合右の略歴も忘れずに
(該当 ・ 非該当)

※該当の場合、右側の医師の略歴の該当欄に○をして、必要事項を記入してください。

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)

ICDカテゴリーがF0・F1・F2・F3・G40以外の場合は記入してください。自己負担上限額に影響します。

④については、疾患(機能障害)の状態を具体的、個別的に記入してください。
④、⑤、⑥の記載に矛盾があれば、返戻することがあります。
全体の項目と、記載内容に整合性がとれているか確認をお願いします。

*判定

承認	不承認	保留
----	-----	----