

「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)

患者氏名	
住所	年齢

主たる精神障がい(ICD-10 に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。)

- ① 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障がい (F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障がい及び妄想性障がい (F2)
- ④ 気分障がい (F3)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他 : (F)

「主たる精神障がい」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴 (3 年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載してください。精神保健指定医の場合は指定医証の番号のみで結構です。)

医師氏名