

自立支援医療費診断書 (精神通院医療用)

氏名	明治・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：(病名) ICDコード ( ) (2) 従たる精神障害：(病名) ICDコード ( ) (3) 身体合併症(病名)：	
2 発病から現在までの病歴(推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)	(推定発病時期 年 月頃)	
3 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む。) (1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 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、症状、検査所見等	5 現在の治療方針 1 投薬内容(自立支援医療費(精神通院医療)の対象となる投薬内容のみを記載のこと。)  2 精神療法等(該当する項目を○で囲む。) ① 通院精神療法 ② デイケア ③ デイアンドナイトケア ④ てんかん指導料 ⑤ その他( ) 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 ① 自立訓練(生活訓練) ② 共同生活援助(グループホーム) ③ 居宅介護(ホームヘルプ) ④ 訪問指導 ⑤ その他の障害福祉サービス( )	
8 備考		
9 「重度かつ継続」に関する意見 ※主たる精神障害のICDコードがF4～F9の場合のみ記入してください。		
(1) 計画的・集中的な治療(状態の維持・悪化の予防を含む)を継続して行う必要性の有無 (有・無)	(2) 医師の略歴 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医( 号) <input type="checkbox"/> 精神医療に3年以上従事する精神科医 従事期間( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 日)	
年 月 日	医療機関の名称 所在地 電話番号 診療担当科名 医師氏名	