

「重度かつ継続」に関する意見書

この意見書は、市町村民税課税「世帯」の受診者が、一定の精神障害である場合に、「重度かつ継続」の適用により、自立支援医療（精神通院公費）制度における自己負担上限額の設定を希望される際に、診断書に加えて必要となるものです。

受診者氏名			
住 所		年 齢	

① 主たる精神障害（ICD-10に準じ、該当する番号に○を付け又は記載ください）

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

② 上記①が「6 その他」である場合のみ、以下について記載ください。

医師の略歴	
(精神保健指定医(指定番号を記載ください)である等、3年以上精神医療に従事した経験を有する旨を記載)	
<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)
<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)

年 月 日	医療機関名： 電話 番 号： _____ 医 師 氏 名： _____
-------------	---