

診断書（自立支援医療費（精神通院）用）

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、発病状況、治療の経過等を記載)			
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 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(けいれんおよび意識障害) 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及び依存等 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・注意の障害 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 現在の治療内容			
1 投薬内容			
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 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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			
令和 年 月 日			
医療機関所在地			
名称			
電話番号			
診療担当科名			
医師氏名 (自署又は記名捺印)			
※この欄は、自立支援医療費申請において、主たる精神障害の ICD コードが F0・F1・F2・F3・G40 以外の場合のみ記入してください。 なお、記入が無い場合は、「重度かつ継続」に非該当として取り扱いをします。			
◎「重度かつ継続」の該当・非該当 (該当 ・ 非該当) ※該当の場合は、右欄のいずれかに○をして、必要事項を記入してください。	(1)精神保健指定医	(2)精神科医 精神科医として従事した期間 (年 月) ※精神保健指定医の場合、(2)は記入不要です。	(3)その他の医師 主に診療した精神障害 () 上記の従事期間 (年 月)

※診断書は、A3版見開きで作成して下さい。※審査会の指示により、内容等についてお問合せする場合があります。