第３号様式

自立支援医療診断書（精神通院医療用）

神奈川県提出用 ・ 市町村控 ・ 医療機関控

ふりがな 氏　名		年　　月　　日生（　　歳）
住　所		

① 病名

（ＩＣＤコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記入してください。）

(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 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（記入例：Ｆ２０）

② 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容

(推定発病年月、発病状況、初発症状、初診年月日、治療の経過などを記入してください。)

（推定発病時期　　年　　月頃）

③ 現在の病状、状態像等　（該当項目を（治療を中止すれば出現する可能性のある症状も含めて）○で囲んでください。）

(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
1 てんかん発作　（該当する場合は、④欄に発作のタイプ、頻度等について記入。）
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　（状態像を該当項目に再掲すること）
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　ア 軽度　イ 中等度　ウ 重度
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(検査名、検査結果、検査時期等)等

てんかん発作に該当する場合は、次の項目について記入してください。

(1)発作のタイプ
イ　意識障害はないが随意運動が失われる発作
ロ　意識を失い、行動が途絶するが倒れない発作
ハ　意識障害の有無を問わず、転倒する発作
ニ　意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

(2)発作の頻度
（　　回／月　または、　　回／年）
発作がコントロールされている場合
最終発作年月日　（　　年　　月　　日）

※(1)(2)に該当する項目がない場合は、発作のタイプ、頻度等について詳細に記入してください。

⑤ 現在の治療内容

(1)投薬内容（自立支援医療の対象となる治療で使用する薬剤名等）

(2)精神療法等(該当項目を○で囲んでください。)

・通院精神療法　・精神分析療法　・精神科作業療法　・精神科デイケア　・認知行動療法
・てんかん指導　・その他(　　)　・なし

(3)訪問看護指示　☐ あり　（指示がある場合は「レ」を記入してください。）

⑥ 今後の治療方針（治療目標をふまえて、継続的に行っていく治療を記入してください。）

⑦ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください。）

・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）
・地域活動支援センター　・訪問指導　・その他の障害福祉サービス等　(　　)

⑧ 備考

⑨ 自立支援医療における「重度かつ継続」（主たる精神障害がＦ００～Ｆ３９及びＧ４０の場合は記入不要です。）

(1)　①病名(1)主たる精神障害のICD10ｺｰﾄﾞがF40-F99であって、情動及び行動の障害または不安及び不穏状態に該当し、計画的・集中的な継続治療を要する場合に、該当事項に「レ」を記入してください。

☐ 症状等が持続している　☐ 症状等が消長を繰り返している　☐ 症状等の持続または消長の繰り返しは**<u>していない</u>**

(2)　(1)は、３年以上の精神医療の経験を有する医師の診断となるため、該当する項目に「レ」を記入してください。

☐ 精神保健指定医(精神保健指定医番号　第＿＿＿＿＿号)

☐ 精神医療に従事した経験　３年以上

年　　月　　日　（前回記載年月　　年　　月）

医療機関の名称　　診療担当科名

所在地・電話番号　　医師氏名　　印
（自署または記名捺印）