

## 自立支援医療診断書（精神通院医療用）

川崎市提出用 ・ 区役所控 ・ 医療機関控

フリガナ 氏名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）	
住所	川崎市 区	
1 病名 (ICDコードは、病名に対応するF00～F99又はG40のいずれかを記載してください。)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(2)従たる精神障害 _____ ICDコード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(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してください。)	(1)推定発病年月 年 月頃	
	(2)病歴及び治療の経過等 <u>※初回と再承認の場合は必ず記載してください。</u> (継続の場合は変化があれば記載してください。)	
3 現在の病状、状態像等 (該当項目を○で囲んでください[治療を中断すれば出現する可能性のある症状も含め。]。)	4 3の病状・状態像等の具体的程度、 症状、検査所見等	
(1)抑鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他( )		
(2)そう状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他( )		
(3)幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他( )		
(4)精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他( )		
(5)統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他( )		
(6)情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他( )		
(7)不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他( )		
(8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 (該当する場合は、4欄に発作のタイプ、頻度等について記載してください。) イ 意識障害 ウ その他( )	てんかん発作に該当する場合は、次の項目について記載してください。 (1)発作のタイプ(該当するもの一つを○で囲んでください。) ア 意識障害はないが随意運動が失われる発作 イ 意識を失い、行動が途絶するが倒れない発作 ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作	
(9)精神作用物質の乱用及び依存 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ 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( )	(2)発作の頻度 ( 回/月 又は 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 )	
(10)知能・記憶・学習・注意の障害 ア 知的障害(精神遅滞) (ア)軽度 (イ)中等度 (ウ)重度 イ 認知症 (ア)軽度 (イ)中等度 (ウ)重度 ウ その他の記憶障害 ( ) エ 学習の困難 (ア)読み (イ)書き (ウ)算数 (エ)その他( ) オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他( )	※(1)及び(2)に該当する項目がない場合は、 発作のタイプ、頻度等について上記空白部分 に詳細に記載してください。	
(11)広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ その他( )		
(12)その他 ( )		

5 現在の治療内容 (1)投薬内容(薬剤名等)	
(2)精神療法等(該当項目を○で囲んでください。)	<p>・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</p> <p>・てんかん指導料 ・その他( ) ・なし</p>
(3)訪問看護指示	訪問看護指示が出ている場合は「レ」を記載してください。 <input type="checkbox"/> 有
6 今後の治療方針(治療目標を踏まえて、継続的に行っていく治療法を記載してください。)	
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況(利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください。)	<p>・自立訓練(生活訓練) ・共同生活援助(グループホーム) 共同生活介護(ケアホーム)</p> <p>・居宅介護(ホームヘルプ) ・地域活動支援センター ・訪問指導</p> <p>・その他の障害福祉サービス等 ( )</p>
8 備考	
9 自立支援医療における「重度かつ継続」について <u>※主たる精神障害のICDコードがF00～F39又はG40以外の場合は、必ず(1)及び(2)を記載してください。</u>	
(1) (2)を判定するのは、精神保健指定医又は3年以上精神医療に従事した経験を有する医師に限っています。 <u>次の該当する項目に「レ」を記載してください。</u>	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医(精神保健指定医の証 第 _____ 号) <input type="checkbox"/> 精神医療に従事した経験 3年以上
(2) 「1 病名」の「(1) 主たる精神障害」のICDコードがF40～F99であって、情動及び行動の障害又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は、 <u>次の該当する項目に「レ」を記載してください。</u>	<input type="checkbox"/> 症状等が持続している <input type="checkbox"/> 症状等が消長を繰り返している <input type="checkbox"/> 症状等の持続又は消長の繰り返しは <b>していない</b>
年 月 日	
医療機関の名称	診療担当科名
所在地・電話番号	医師氏名