

自立支援医療（精神通院医療）診断書					
氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）	性別	男 ・ 女
住所					
1 病名（ICDカテゴリーは、F 0～F 9又はG 40のいずれかを記載すること。）	(1) 主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー（ ） (2) 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー（ ） (3) 身体合併症 _____				
2 発病から現在までの病歴（推定発病年月、精神科受診歴等）					
3 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲むこと。）	(1) 抑うつ状態 ア 思考・運動抑制 イ 刺激性、興奮 ウ 憂うつ気分 エ その他（ ） (2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・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 感情鈍麻 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 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 その他（ ） (8) けいれん及び意識障害 ア けいれん イ 意識障害 ウ その他（ ） (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（ ） (10) 知能障害 ア 知的障害（精神遅滞） (7) 軽度 (i) 中等度 (v) 重度 イ 認知症				
4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状等（継続的な医療の必要性が分かるように記載すること。）					

5 現在の治療内容（計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載すること。）	(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 現在の精神保健福祉サービスの利用状況	（障害者自立支援法（平成17年法律第123号）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）、共同生活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等）		
8 重度かつ継続	1 該当 2 非該当（申請しない場合を含む。）		
（主たる精神障害がF 4～F 9の場合は、下欄に精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載すること。）			
9 診断する医師の略歴（該当する□の中にレ印を付すこと。）	☐ 精神保健指定医である。 ☐ 精神保健指定医でない。 （3年以上の精神医療従事歴を下記に記載してください。）		
年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 医師氏名 ㊟			

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A3とすること。
2 記名押印に代えて署名することができる。