

自立支援医療(精神通院医療)診断書兼「重度かつ継続」に関する意見書

氏名				生年月日	(明大昭平) 年 月 日( 歳)	男・女
住所						
1 病名 (右の病名と対応するICDコードを、F00～F99、G40のように3桁で記載。F1、F06疾患はなるべく4桁で記載。)	主たる精神障がい	従たる精神障がい	身体合併症			
	ICD-10コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ICD-10コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
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)	初診年月日( 年 月 日)					
3 現在の病状・状態像等(該当する項目を○で囲む)	<p>(1)抑鬱状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮 3 憂鬱気分 4 その他( )</p> <p>(2)そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他( )</p> <p>(3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他( )</p> <p>(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( )</p> <p>(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( )</p> <p>(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( )</p> <p>(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( )</p> <p>(8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型( ) 頻度( ) 2 意識障害 3 その他( )</p> <p>(9)精神作用物質の乱用、依存等 ア アルコール イ 覚醒剤 ウ 有機溶剤 エ その他( ) 1乱用 2依存 3残遺性・遅発性精神病性障害 4その他( )</p> <p>(10)知能・記憶・学習等の障害 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( )</p> <p>(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( )</p> <p>(12)その他( )</p>					
4 3の病状、状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等  (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  (「重度かつ継続」該当の場合、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)	<p>(1)投薬の有無 ( 有 ・ 無 ) 内容</p> <p>(2)精神療法等の有無 ( 有 ・ 無 ) 内容</p> <p>(3)訪問看護の指示の有無 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(4)他医療機関へ通院の有無 ( 有 ・ 無 ) 医療機関名 内容 デイケア ・ カウンセリング ・ その他( )</p>
6 今後の治療方針	
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況	(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 重度かつ継続	1 該当 2 非該当
〔「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障がいF40～F99の場合は、下欄に精神医療に3年以上従事した経験を記載すること〕	
9 診断する医師の略歴  (3年以上の精神医療従事歴)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない(下記に精神医療従事歴を記載) <input type="checkbox"/> 精神科: 年 月～ 年 月勤務 <input type="checkbox"/> その他: 年 月～ 年 月勤務 主に診療した疾患名 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 100px;"></div>
上記のとおり診断します。  年 月 日 病院及び診療所の名称 診療担当科名  所在地 医師氏名(署名又は記名押印)  電話番号	

「重度かつ継続」の要件

- ① 主たる精神障がいICD-10コードのF00～F39及びG40に該当すること。
- ② 上記①に該当しない(ICD-10コードがF40～F99)場合、以下のA、B両方に該当すること。
  - A:「2 発病から現在までの病歴」及び「3 現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、消長を繰り返す、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること(予防も含む)。
  - B:「5 現在の治療内容」及び「6 今後の治療方針」において、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること
- ※1「計画的であること」=中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。
- ※2「集中的であること」=単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。

※用紙の大きさは日本工業規格A列3番とします。