

診 断 書 (自立支援医療費(精神通院)用)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                        | 生年<br>月日 | 年 月 日生 ( 歳)                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 名古屋市 区                                                                                                 |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| ① 病名<br>(ICDコードは、F00～F99、G40のいずれかを記載してください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (1)主たる精神障害 _____<br>(2)従たる精神障害 _____<br>(3)身体合併症 _____                                                 |          | ICDコード ( )<br>ICDコード ( )<br>(※身体合併症欄は、精神疾患に起因する疾患のみご記入ください。)                                                                                                                                                                                |           |
| ②発病から現在までの病歴<br>(推定発病年月、初診時の症状、受診歴、治療経過、内容、病状等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (※入院治療は自立支援医療の対象にはなりません。入院中の申請については、退院日又は退院予定日をご記入ください。)<br>( 初診年月日: 年 月 日 ) ( 診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日 ) |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| ③ 現在までの病状、状態像等 (該当するものを○で囲んでください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |          | ④ ③の病状状態像等の具体的程度、症状等<br>(現在の病状や日常生活の様子をふまえて具体的に記入ください。)                                                                                                                                                                                     |           |
| 1. 抑うつ状態<br>(1) 思考・運動抑制 (2) 易刺激性、興奮 (3) 憂うつ気分 (4) その他 ( )<br>2. 躁状態<br>(1) 行為心迫 (2) 多弁 (3) 感情高揚・易刺激性 (4) その他 ( )<br>3. 幻覚妄想状態<br>(1) 幻覚 (2) 妄想 (3) その他 ( )<br>4. 精神運動興奮及び昏迷の状態<br>(1) 興奮 (2) 昏迷 (3) 拒絶 (4) その他 ( )<br>5. 統合失調症等残遺状態<br>(1) 自閉 (2) 感情平板化 (3) 意欲の減退 (4) その他 ( )<br>6. 情動及び行動の障害<br>(1) 爆発性 (2) 暴力・衝動行為 (3) 多動 (4) 食行動の異常<br>(5) チェック・汚言 (6) その他 ( )<br>7. 不安及び不穏<br>(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<br>(5) その他 ( )<br>8. てんかん発作等(けいれん及び意識障害)<br>(1) 癇れん (2) 意識障害 (3) てんかん発作 (4) その他 ( )<br>9. 精神作用物質の乱用、依存等<br>(1) アルコール (2) 覚醒剤 (3) 有機溶剤 (4) その他 ( )<br>(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)<br>(エ) その他 ( )<br>現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の場合、その期間 年 月)<br>10. 知能・記憶・学習・注意の障害<br>(1) 知的障害(精神遅滞) (ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 療育手帳(有・無、等級等)<br>(2) 認知症 (3) その他の記憶障害 ( )<br>(4) 学習の困難 (ア) 読み (イ) 書き (ウ) 算数 (エ) その他 ( )<br>(5) 遂行機能障害 (6) 注意障害 (7) その他 ( )<br>11. 広汎性発達障害関連症状<br>(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<br>(3) 限定した常同的で反復的な関心と活動 (4) その他 ( )<br>12. その他 ( ) |                                                                                                        |          | てんかん発作の場合は、発作のタイプ、発作の頻度、最終発作年月日を記載<br><div></div><br>⑤ 現在の治療内容<br>1 投薬内容(※診断名に対する薬剤名)<br><br>2 精神療法等(医学的観点から継続的な通院医療の必要性が分かるように<br>診察時にどのような治療や指導がなされているか記入してください)<br><br>3 訪問看護指示の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |           |
| ⑥ 今後の治療方針 (※治療目標(症状、日常生活能力、社会適応等の面から記載)をふまえて、継続的にやっていく治療方法(薬物調整、外来通院頻度調整等)をご記入ください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 1. 薬物療法<br><br>2. 精神療法等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| ⑦ 現在の精神保健福祉サービス及び自立支援給付対象サービス等の利用状況<br>(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(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)、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)<br><br><input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり(利用内容 _____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| ⑧ 医師の略歴 (主たる精神障害がICDカテゴリーF4～F9であって、「高額治療継続」(重度かつ継続)に該当すると判断される場合に、該当する□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴がわかるように記入してください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| <input type="checkbox"/> 精神保健指定医 (指定医番号: _____)<br><input type="checkbox"/> 精神科医 (精神科医療に従事した期間・主な所属 _____)<br><input type="checkbox"/> その他の医師 (精神医療に従事した期間・主な所属 _____)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |          | ※ 審 査 欄                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 医療機関所在地<br>名称<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |          | 診療担当科名<br>医師氏名<br>(自署又は記名押印)                                                                                                                                                                                                                | 承認<br>不承認 |