

フリガナ		生年月日	年 月 日生 (歳)	⑥ 生活能力の状態 (保護的環境ではない場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力との比較の上で判断してください。)			
氏 名				1. 現在の生活環境 入院 ・ 入所 (施設名) ・ 在宅 (ア 単身 イ 家族等と同居) その他 ()			
住 所	名古屋市 区			2. 日常生活能力の判定 (該当するものを一つを○で囲んでください。) ※病歴・状態像等の整合性を考慮し、記入してください。 (1) 適切な食事摂取 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (2) 身の清潔保持、規則正しい生活 自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (3) 金銭管理と買物 自発的にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (4) 通院と服薬 (要 ・ 不要) 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (5) 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (6) 身の安全保持・危機対応 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (7) 社会的手続きや公共施設の利用 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない (8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない			
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下さい。)	(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 _____ 身体障害者手帳(有・無 種別 級)			3. 日常生活能力の程度 (該当するものを一つを○で囲んでください。) ※病歴・状態像等及び日常生活能力の判定との整合性を考慮し、記入してください。 (1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。			
② 初診年月日	(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) ※主たる精神障害で初めて医療機関を受診した日 (推定発病時期 年 月頃)			⑦ ⑥の具体的程度、状態等			
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容(推定発病年月日、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	*器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日(疾患名 年 月 日)			⑧ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (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(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、社会復帰施設、小規模作業所、訪問支援等) <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり(利用内容)			
④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)(※概ね過去2年間の状態について記入してください。)				手帳と自立支援医療(精神通院)を同時に申請する場合、以下の項目についても記入してください。(⑩欄については、該当しない場合は、記入不要です。)(入院治療は自立支援医療の対象にはなりません。入院中の方については、退院日又は退院予定日をご記入下さい。)			
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()				⑨ 現在及び今後の治療方針 1. 薬物療法 (※診断名に対して使用している薬剤名、及び、今後使用予定の薬物の種類をご記入ください。) 2. 精神療法等 (※「通院在宅精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記入でなく、医学的観点から継続的な通院医療の必要性がわかるように診察時にどのような治療や指導がなされているのかをご記入ください。) 3. 訪問看護指示の有無 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			
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()				⑩ 医師の略歴 (主たる精神障害がICDカテゴリ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 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 精神科医 (精神科医療に従事した期間・主な所属) <input type="checkbox"/> その他の医師 (精神医療に従事した期間・主な所属)			
3. 幻覚妄想状態 (1) 幻覚 (2) 妄想 (3) その他()				年 月 日			
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()				医療機関所在地			
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()				名称			
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()				電話番号			
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()				診療担当科名			
8. てんかん発作等(けいれん及び意識障害) (1) 痙れん (2) 意識障害 (3) てんかん発作 (4) その他()				医師名(自署又は記名)			
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(状態像を当該項目に再掲すること) (エ) その他() 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 月から)				審 査 欄			
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 療育手帳(有・無、等級等) (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()				※手帳			
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)				不承認			
12. その他()				※自立支援医療			
⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状等 (※概ね過去2年間の状態について詳しく記入してください。)(手帳と自立支援医療(精神通院)を同時に申請する場合は、特に継続的な医療の必要性がわかるように記入してください。) てんかん発作の場合は、以下についても必ず記入してください。 (1)発作のタイプ(該当するものを○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 (2)発作の頻度 (回/月 又は、 回/年) (3)最終の発作年月日 (年 月 日) (4)その他 ()				承認			
				不承認			