

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

患者氏名	年 月 日生（ 歳）
住 所	

主たる精神障害（ICD-10 に準じ、該当する番号に○をつけ又は記載すること）

1. 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
2. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)
3. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
4. 気分障害 (F3)
5. てんかん (G40)
6. その他： _____ (F _____)

「主たる精神障害」が上記「6. その他」の場合、下記について記載すること。

②医師の略歴（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記載すること）

年 月 日 医療機関所在地 名 称 電 話 番 号	診療担当科名 医師氏名（自署）
------------------------------------	--------------------

※千葉県処理欄	該当・非該当
---------	--------