

| | |
|---|-------------|
| ⑥ 現在の治療内容 1 投薬内容 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無) | |
| ⑦ 今後の治療方針 | |
| ⑧ 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基づく自立訓練 (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、訪問指導等の有無) 有 (具体的に記載) ・ 無 | |
| ⑨ 備考(他院での検査、デイケア等の指示があれば、医療機関名及び指示内容を記載) | ※千葉県 処理欄 |
| | 該 当 ・ 非該当 |

【主たる精神障害が ICD-10 における F0、F1、F2、F3、G40 以外の場合は、下記について記載すること】

| | | | |
|---|---------------------------|---|--|
| 重 度 か つ 継 続 の 有 無 <small>(いづれかを○で囲むこと)</small> | 無 | | |
| | 有 「有」の場 合は右記を 記載 | 医師の略歴 (いづれかを○で囲み、カッコ内も記載) 1 精神保健指定医 (指定医番号: _____) 2 その他 (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略歴を記載) [_____] | ※千葉県 処理欄 |
| | 年 月 日 | | 重 度 か つ 継 続 該 当 ・ 非 該 当 |

上記のとおり診断します。

医療機関

所在地
 名称
 電話番号

診療担当科名
 医師氏名
 (自署又は記名押印)

