診　断　書（精神通院医療用）

氏名		年　　月　　日生(　　歳)
住所		

①　病名 （ＩＣＤコードは、右の病名と対応する F00～F99・G40 のいずれかを記載）	(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 ＿＿＿＿＿＿＿＿
②　初診年月日	診断書作成医療機関の初診年月日　　年　　月　　日
③　発症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）	（推定発病年月　　年　　月頃）

④　現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む。）

(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(　　)

(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(　　)

(3)　幻覚妄想状態
1 幻覚　2 妄想　3 その他(　　)

(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(　　)

(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(　　)

(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(　　)

(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(　　)

(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(　　)
最終発作(　　年　　月　　日)　2 意識障害　3 その他(　　)

(9)　精神作用物質の乱用、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（病状、状態像等を該当項目に再掲すること。）　エ その他(　　)

(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
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(　　)

(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(　　)

(12)　その他（　　）

⑤　④の病状、状態像等の具体的程度、症状等

（検査所見（脳画像検査、脳波検査、知能検査、認知機能検査等）
検査名、検査結果及び検査時期）

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（いずれかを○で囲むこと。）	無	
	有 「有」の場合は右記を記載	医師の略歴（いずれかを○で囲むとともに、括弧内も記載） 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	重度かつ継続 該当　・　非該当

年　　月　　日

上記のとおり診断します。

医療機関　所 在 地　　診療担当科名

名　　称　　医 師 氏 名　　㊞

電話番号　　(自署又は記名押印)