

# 診断書 (精神通院医療用) ※空欄のないように記載して下さい

氏名	氏名・生年月日・年齢・性別・住所は、申請者本人の特定に関わる情報ですので、漢字や番地も含め、正確に漏れのないよう記載してください。		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 _____ (3) 身体合併症 _____	国際疾病分類に位置づけられる病名と ICD コードを記載してください。自立支援医療費の支給対象となる病名の範囲は、F00～F99 及び G40 です。主たる精神障害及び ICD コードは必ず1つずつとし、ICD コードは、できるだけアルファベットを含む3桁以上 (F20 や F40 等) で記載してください。	
② 初診年月日	診断書作成医療機関の初診年月日 (推定発病年月)		
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)	病歴等については下記を必ずご記載ください。 ・前医を含めた精神科受診歴 ・発症時の症状 ・その後の経過 前回申請している場合でも「不変」や「前回と同じ」等の記載ではなく、前回申請から現在までの状況も含めて記載してください。		
④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む。)	⑤ ④の病状、状態像等の具体的な程度、症状等		
(1) 抑鬱状態 1 思考・運動抑制 2 そう状態 1 行為心迫 2 多弁 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睡 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 (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・活言 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 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 ( )	この④欄には、診断書記入時点だけでなく、これまでに認められた状態像や今後治療を中断すれば出現する可能性のある症状も含めて該当するものを○で囲んでください。なお、「その他」の場合は、その内容を記載してください。  てんかんの場合は本欄に発作型、頻度、最終発作年月日を記載してください。  この〔 〕部には検査結果や所見を記載してください。器質性精神障害の場合は画像診断所見を、てんかんの場合は脳波検査所見等を、認知症の場合はHDS-R等の結果や画像診断の所見を記載してください。		

⑥ 現在の治療内容 1 投薬内容	投薬内容は①欄(1)および(2)の精神障害の治療に処方している向精神薬等の種類を具体的に記載してください。なお、投薬には点滴や注射も含まれます。
2 精神療法等	精神療法はその有無だけでなく、具体的な種類(支持的療法や認知行動療法など)を記載してください。無しであれば『無し』と記載してください。
3 訪問看護指示の有無 (有・無)	訪問看護に自立支援医療費を適用する場合には、『有』に○をし、さらに診断書を作成している医療機関とは別の機関に訪問看護を指示しているのであれば、⑨欄に機関名称と指示内容を記載してください。
⑦ 今後の治療方針	治療目標とそのための治療方法及び内容について具体的に記載してください。再発予防等の理由で継続的な通院による精神療法や薬物治療を必要とする場合には、その内容を具体的に記載してください。
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)、共同生活介護(ケアホーム)、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)	この欄は福祉サービスの利用状況等の記載欄です。治療として行うデイ・ケアや訪問看護ではなく、福祉サービスについての利用状況を記載してください。
有 (具体的に記載) ・ 無	この欄は福祉サービスの利用状況等の記載欄です。治療として行うデイ・ケアや訪問看護ではなく、福祉サービスについての利用状況を記載してください。
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)	治療として行うデイ・ケアや、治療に付帯する検査等を他機関で行うことを指示している場合には、本欄に必ず医療機関名と指示内容を記載してください。F00、G40 以外の場合は、下記について記載すること。

【主たる精神障害が ICD-10 の F00、G40 以外の場合は、下記について記載すること。】	※千葉県 処理欄	該当・非該当
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: )
		主たる精神障害が ICD-10 における F0, F1, F2, F3, G40 以外のカテゴリーの場合には <b>重度かつ継続の有無</b> とともに、『有』の際には必ず <b>医師の略歴も記載</b> をしてください。また、 <b>3年以上精神医療に従事した略歴は、勤務先等の具体的な記載</b> をしてください。該当する疾患にもかかわらず、本欄に記載もれや記載内容に不備がある場合には <b>返戻</b> となります。
年 月 日	※千葉県 処理欄	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	診療担当科名
名称	医師氏名
電話番号	

診断書を作成した医療機関に関する情報ですので、記載漏れ等のないようお願いします。  
診療担当科名も必ず記載してください。