

診断書兼意見書 (精神通院医療用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住 所			
① 病 名		(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	
(ICDコードは、F00～F99, G40のいずれかを記載してください。)			
②発病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)		※原則として入院中は自立支援医療の適用ではなく、申請はできません。ただし、退院日が直近であり、かつ記載されている場合は申請できます。	
③現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)		④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等	
(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 () (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 () (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 () 2 意識障害 3 その他 () ※てんかん発作の発作型・頻度については、具体的に記載していただくか、記号を記載してください 発作型 (イ) 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 頻度 (1) 月に1回以上 (ロ) 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (2) 月に1回未満、年に2回以上 (ハ) 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (3) 年に2回未満 (ニ) 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 (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 エ その他 () (10) 知能・記憶・学習等の障害 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現在の障害福祉サービス等の利用状況 (該当する項目を○で囲む) ア 自立訓練 (生活訓練) イ 共同生活援助 (グループホーム) ウ 居宅介護 (ホームヘルプ) エ 訪問指導 オ その他障害福祉サービス カ その他 ()	
⑥今後の治療方針			
⑧備考			
⑨「重度かつ継続」に関する意見 (主たる精神障害が「F40～F99」の場合のみ、該当する項目を○で囲んでください。)			
A 該 当 } ⇨ [ア 精神保健指定医 ※「その他の医師」の場合は、3年以上の精神医療の従事歴を記載してください。 B 非該当 } ⇨ [イ その他の医師 ⇨ 年 月 から 年 月 まで (医療機関名) にて従事 年 月 から 年 月 まで (医療機関名) にて従事			
令和 年 月 日		医療機関所在地 名称 電話番号 医師氏名	

【自立支援医療費(精神通院医療)の「診断書」の記載方法】

- ①「病名」欄 1) 主たる精神障害、(2) 従たる精神障害の欄には、国際疾病分類に位置づけられる病名を日本語で記入してください。
ICDコードはそれぞれの障害名に対応するICDコードを併記してください。(F00～F99、G40)
- ②「発病から現在までの病歴」欄
推定発病年月、発病の状況、治療の経過等を記載してください。
- ③「現在の病状、状態像等」欄
①(1)(2)の障害名にかかる現在の病状、状態像に該当する項目を○で囲んでください。
②の病歴や④の病状・状態像等の具体的程度、症状等と整合性のある内容としてください。
該当する項目として「その他」を選択した場合は、()内にその内容を記載してください。
(10) 知能・記憶・学習等の障害については、その主症状と(10)以外の精神神経症状を記載してください。
- ④「③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等」欄
③において示した項目を中心に、下記の3点を満たす具体的な記載をお願いします。
・入院を要さない場合であること
・状態像が精神病あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返すこと
・継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合であること
- ⑤「現在の治療内容」欄
(1) 投薬内容
自立支援医療を適用しようとする疾患(①病名の(1)及び(2)に記載された疾患)についてのみ投薬内容・分量等を記載ください。
(2) 精神療法等
薬物療法以外の 精神療法やデイケアなどの治療内容を具体的に記載していただくのが望ましいですが、支持的精神療法、通院精神療法等の記載でも結構です。
(3) 訪問看護指示の有無
自立支援医療を適用して訪問看護を行う場合は、「有」に○を付けてください。
- ⑥「今後の治療方針」欄
自立支援医療による治療継続の適否の判定に必要です。
継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、その内容や必要性を具体的に記載してください。
- ⑦「現在の精神保健福祉サービス利用状況」欄
サービスを利用している場合には、障害者総合支援法・精神保健福祉法に位置づけられたものの可否かを問わず、その利用状況について該当する項目を全て○で囲んでください。
- ⑧「備考」欄
上記以外に判定の参考になる事項があれば記載してください
- ⑨「重度かつ継続に関する意見」欄
課税世帯であり、精神障害がF40～F99の場合で、その状態像が情動及び行動の障害又は不安および不穏状態のものであり、かつ通院により計画的集中的な治療を継続して行うがある場合は該当となります。
この意見は、精神保健指定医または、3年以上精神医療に従事した医師であることが必要です。3年以上精神医療に従事した医師の場合は、その内容を記載してください。
- 日付、医療機関所在地、名称、電話番号、診療担当科名、医師氏名
いずれも記載もれのないようにお願いします。日付は、診断日を記載してください。