

# 診 断 書 (精神通院医療用)

フリガナ			年      月      日生
受診者氏名			
住所	奈良県		
①病名 (ICDコードは、 F00~F99、G40 等、第3桁以上 を記載してください)	(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		
	(精神症状を有するてんかんはFコード、精神症状のないてんかんはGコード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)			
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。)			
(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) 情動及び行為の障害			
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 (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 ( )			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存			
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 ( )			

受診者氏名	診断書がA4用紙2枚になる場合は、左欄に受診者氏名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																														
(5) 現在の治療内容 (該当する項目を○で囲んでください。) <table border="0"> <tr> <td>1 投薬内容</td> <td>1. 抗精神病薬</td> <td>2. 抗不安薬</td> <td>3. 抗うつ薬</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. 抗躁薬</td> <td>5. 抗てんかん薬</td> <td>6. 睡眠薬</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. その他( )</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 精神療法等</td> <td>1. 通院精神療法</td> <td>2. 標準型精神分析法</td> <td>3. 通院集団精神療法</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. ショートケア</td> <td>5. デイケア</td> <td>6. ナイトケア</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7. デイ・ナイトケア</td> <td>8. その他( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 訪問看護指示の有無</td> <td>( 有 )</td> <td>( 無 )</td> <td></td> </tr> </table>			1 投薬内容	1. 抗精神病薬	2. 抗不安薬	3. 抗うつ薬		4. 抗躁薬	5. 抗てんかん薬	6. 睡眠薬		7. その他( )			2 精神療法等	1. 通院精神療法	2. 標準型精神分析法	3. 通院集団精神療法		4. ショートケア	5. デイケア	6. ナイトケア		7. デイ・ナイトケア	8. その他( )		3 訪問看護指示の有無	( 有 )	( 無 )	
1 投薬内容	1. 抗精神病薬	2. 抗不安薬	3. 抗うつ薬																											
	4. 抗躁薬	5. 抗てんかん薬	6. 睡眠薬																											
	7. その他( )																													
2 精神療法等	1. 通院精神療法	2. 標準型精神分析法	3. 通院集団精神療法																											
	4. ショートケア	5. デイケア	6. ナイトケア																											
	7. デイ・ナイトケア	8. その他( )																												
3 訪問看護指示の有無	( 有 )	( 無 )																												
(6) 今後の治療方針																														
(7) 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規定する自立訓練(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)																														
(8) 重度かつ継続に関する意見 (該当する項目を必ず○で囲んでください) <table border="0"> <tr> <td>1. 該当</td> <td>2. 非該当 (申請しない場合も含みます)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">精神医療に3年以上従事した経験の有無 (主たる精神障害がF40~F99の場合に記載してください。)           <table border="0"> <tr> <td>1. 有り</td> <td>2. 無し</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">「1. 有り」の場合、該当する下記項目を○で囲んでください</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. 精神保健指定医 2. 精神科医(3年以上精神医療に従事) 3. その他の医師</td> </tr> </table>			1. 該当	2. 非該当 (申請しない場合も含みます)	精神医療に3年以上従事した経験の有無 (主たる精神障害がF40~F99の場合に記載してください。) <table border="0"> <tr> <td>1. 有り</td> <td>2. 無し</td> </tr> </table>		1. 有り	2. 無し	「1. 有り」の場合、該当する下記項目を○で囲んでください		1. 精神保健指定医 2. 精神科医(3年以上精神医療に従事) 3. その他の医師																			
1. 該当	2. 非該当 (申請しない場合も含みます)																													
精神医療に3年以上従事した経験の有無 (主たる精神障害がF40~F99の場合に記載してください。) <table border="0"> <tr> <td>1. 有り</td> <td>2. 無し</td> </tr> </table>		1. 有り	2. 無し																											
1. 有り	2. 無し																													
「1. 有り」の場合、該当する下記項目を○で囲んでください																														
1. 精神保健指定医 2. 精神科医(3年以上精神医療に従事) 3. その他の医師																														
(9) 備考																														
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 称																														
所在地 医療機関コード 電話番号																														
自立支援医療(精神通院) 指定医療機関指定年月日		年 月 日																												
医師氏名																														