

自立支援医療(精神通院医療)診断書兼「重度かつ継続」に関する意見書

氏名	生年月日 (明大昭平) 年 月 日 ( 歳)		男・女
住所			
1 病名 (ICD-10コードはF0～F9, G40のいずれかを記載)	主たる精神障がい	従たる精神障がい	身体合併症
	ICD-10コード( )	ICD-10コード( )	
2 発病から現在までの病歴 (推定発病年月日、精神科受診歴等も含む)	初診年月日( 年 月 日)		
3 現在の病状	(1)抑うつ状態 ア 思考・運動抑制 イ 刺激性・興奮 ウ 憂うつ気分 エ その他( ) (2)そう状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・刺激性 エ その他( ) (3)幻想妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他( ) (4)精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他( ) (5)統合失調症残遺状態 ア 自閉 イ 感情鈍麻 ウ 意欲の減退 エ その他( ) (6)情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ その他( ) (7)不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ その他( ) (8)けいれん及び意識障害 ア けいれん イ 意識障害 ウ その他( ) (9)精神作用物質の乱用及び依存 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他( ) (10)知能障害(軽度・中等度・重度) ア 知的障害(精神遅滞) イ 認知症(痴呆)		
4 3の病状、状態像の具体的程度、症状等  (継続的な医療の必要性が分かるように記載すること)			

用紙の大きさは日本工業規格A列3番とする

5 現在の治療内容  (「重度かつ継続」該当の場合、計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載し、該当項目に○を付けること)	(1)投薬の有無 ( 有・無 ) 内容  (2)精神療法等の有無 ( 有・無 ) 内容  (3)訪問看護の指示の有無 ( 有・無 )  (4)他医療機関へ通院の有無 ( 有・無 ) 医療機関名 内容 デイケア・カウンセリング・その他( )
6 今後の治療方針	
7 現在受けている精神保健福祉サービスの利用状況	(社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)
8 重度かつ継続	1 該当 2 非該当(申請しない場合も含む)
(「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障がいF4～F9の場合は、下欄に精神医療に3年以上従事した経験を記載すること)	
9 診断する医師の略歴  (3年以上の精神医療従事歴)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない(下記に精神医療従事歴を記載) <input type="checkbox"/> 精神科: 年 月～ 年 月勤務  <input type="checkbox"/> その他: 年 月～ 年 月勤務 主に診療した疾患名 [ ]
上記のとおり診断します。  年 月 日 病院及び診療所の名称 診療担当科名  所在地 医師氏名(署名又は記名押印)  電話番号	

「重度かつ継続」の要件

- 主たる精神障がいICD-10コードのF0～F3及びG40に該当すること。
  - 上記①に該当しない(ICD-10コードがF4～F9)場合、以下のA、B両方に該当すること。
    - A:「2 発病から現在までの病歴」及び「3 現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、消長を繰り返し、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること(予防も含む)。
    - B:「5 現在の治療内容」及び「6 今後の治療方針」において、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること
- ※1「計画的であること」＝中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。  
 ※2「集中的であること」＝単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。