

診 断 書（精神通院医療用）

氏 名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）		
住 所			
① 病名 (ICDコードは、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 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）	推定発病年月 : 年 月 推定初診年月日 : 年 月 日 (精神障害を主訴として初めて医療機関を受診した日について、診療録で確認するか本人又は家族の申し立てに基づき記入する)		
③ 現在の病状・状態像等（該当する項目を○で囲む）			
(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 連合弛緩・減裂思考 4 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 けいれん 2 意識障害 3 臨床発作はないが服薬が必要 4 てんかん発作 5 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 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（HDS-R 点） 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（ ）			

④ 3の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 (該当する項目の□をチェックし、空欄に必要事項を記入する) <input type="checkbox"/> その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 <input type="checkbox"/> てんかん発作のコントロールについて維持療法が必要 (おおよその発作頻度) (最終発作時期： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 精神作用物質の乱用、依存からの脱却のため通院治療が必要 <input type="checkbox"/> その他の状態（具体的に） <input type="checkbox"/> 検査所見（ ）
⑤ 現在の治療内容 (1) 投薬内容（精神通院医療の対象と考えられるものについて記入） <input type="checkbox"/> 非定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 感情調整薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入薬 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン病薬 <input type="checkbox"/> 投薬なし <input type="checkbox"/> その他（具体的に） (2) 精神療法、デイ・ケア利用等（該当する項目の□をチェック又は空欄に必要事項を記入する） <input type="checkbox"/> 通院精神療法・分析療法 <input type="checkbox"/> てんかん指導 <input type="checkbox"/> 通院集団精神療法 <input type="checkbox"/> 精神科デイ・ケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） (3) 通院頻度（規則的・不定期） 年 回程度 (4) 訪問看護指示の有無（有・無）
⑥ 今後の治療方針（該当する項目の□をチェックし空欄に必要事項を記入する） <input type="checkbox"/> 現在の治療を継続する。（その他特記事項がある場合はその具体的内容） <input type="checkbox"/> その他の状況
⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況（該当する項目にレ印を記入） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型、B型） <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 生活サポート事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
⑧ 「重度かつ継続」に関する意見 (「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がICDカテゴリーのF4～F9の場合は、診断する医師の略歴についてア、イ、ウのうちあてはまる項目を○で囲む) 1. 該当（ア 精神保健指定医 イ 精神医療歴3年以上の医師 ウ その他の医師） 2. 非該当
⑨ 備考
年 月 日 医療機関所在地 名 称 医師氏名（自署又は記名押印） 診 療 科 名 電 話 番 号