様式第２号（細則第４条第２項関係）

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ｺｰﾄﾞは、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・滅裂思考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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | |

（Ａ３）

|  |
| --- |
| 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）  □　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  □　てんかんで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　　　　　　　　　　　　　）  □　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である。  □　その他の状態（具体的に）  □　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）  □　非定型抗精神病薬　□　定型抗精神病薬　□　抗うつ薬　□　感情調整薬　□　抗てんかん薬　□　抗不安薬  □　睡眠導入薬　　　　□　抗パーキンソン病薬  □　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）  □　通院精神療法・分析療法　□　てんかん指導　□　通院集団精神療法　□　精神科デイ・ケア  □　訪問看護　　□　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）  □　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）  □　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）  □就労移行支援　□就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）　□自立訓練(生活訓練) 　□行動援護  □ホームヘルプ　□グループホーム　□ショートステイ  □地域活動支援センター　□生活サポート事業　□移動支援事業  □訪問指導　　□生活保護　　□未利用  □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  医師氏名（自署）    名　　　　　称  診　療　科　名  電　話　番　号 |