

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日生（ 歳）                                               |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |
| ① 病 名<br>(ICDコードは、F00～99、G40のいずれかを記載)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (1) 主たる精神障害（ ） ICDコード（ ）<br>(2) 従たる精神障害（ ） ICDコード（ ）<br>(3) 身体合併症（ ）       |  |
| ② 重度かつ継続用<br>(該当するものに○を記載)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) (1) 主たる精神障害のICDコードが、F0～F3またはG40であるもの<br>( ) (2) 主たる精神障害のICDコードが上記以外のもの |  |
| ③発病から現在までの病歴<br>(推定発病年月、精神科受診歴等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (推定発病時期 年 月頃、 初診日 年 月)                                                     |  |
| ④ 現在の病状、状態像（該当する項目を○で囲む）<br>(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（ ）<br>(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（ ）<br>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他（ ）<br>(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（ ）<br>(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（ ）<br>(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行動 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他（ ）<br>(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（ ）<br>(8) てんかん発作等<br>(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型（ ） 頻度（ ） 最終発作年月（ 年 月）<br>2 意識障害 3 その他（ ）<br>(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（ ）<br>ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神障害性障害 エ その他（ ）<br>(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 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 3 その他の記憶障害（ ）<br>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（ ）<br>(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における質的障害 3 限定した常同的・反復的な関心と活動 4 その他（ ）<br>(12) その他（ ） |                                                                            |  |
| ⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等（②の(2)に該当する場合は、継続的な医療の必要性が分かるよう記載すること。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |  |
| ⑥ 現在の治療内容（②の(2)に該当する場合は、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記載すること。）<br>1 投薬内容・薬物療法（自立支援医療費（精神通院医療）の対象となる具体的な薬品名を記載すること。）<br><br>2 精神療法等<br><br>3 訪問看護指示の有無（ 有 ・ 無 ） デイケア利用指示の有無（ 有 ・ 無 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |  |
| ⑦ 今後の治療方針                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |  |
| ⑧ 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障害福祉サービス等の利用状況（該当するものに○で囲む）<br>1 自立訓練（生活訓練） 2 共同生活援助（グループホーム） 3 居宅介護（ホームヘルプ） 4 訪問指導 5 その他の障害福祉サービス等、（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |  |
| ⑨ 医師の略歴（②の(2)に該当する場合、下記に該当するものに○を記載）<br>( ) 精神保健指定医 精神保健指定医の証 第 号（指定医番号をご記入ください）<br>( ) 精神科医（3年以上精神医療に従事）<br>( ) その他の医師（精神医療従事歴： ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |  |
| ⑩ 備考（主たる精神障害に関して他の医療機関での検査や通院治療など、紹介状況がある場合は記載すること）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 医療機関所在地<br>名 称<br>電 話 番 号<br>医師氏名（自署）                                      |  |