**第９号様式**（第６条関係）

診断書（自立支援医療（精神通院医療）支給認定申請用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年　月　日生（　　歳） | 男　・　女 |
| 住所 |  |
| １　病名（ＩＣＤコードは、右の病名と対応するＦ00からＦ99までの範囲又はＧ40のいずれかを記入してください。） | (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　　　　　　　　　　 |
| ２　発病から現在までの病歴（推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記入してください。） | （推定発病年月　　　　　年　　月頃） |
| ３　現在の病状、状態像等（該当するものを○で囲んでください。）(１)　抑鬱状態ア　思考・運動抑制　　イ　易刺激性・興奮　　ウ　憂鬱気分　　エ　その他（　　　　　）(２)　状態ア　行為心迫　　イ　多弁　　ウ　感情高揚・易刺激性　　エ　その他（　　　　　）(３)　幻覚妄想状態ア　幻覚　　イ　妄想　　ウ　その他（　　　　　）(４)　精神運動興奮及び迷の状態ア　興奮　　イ　迷　　ウ　拒絶　　エ　その他（　　　　　）(５)　統合失調症等残遺状態ア　自閉　　イ　感情平板化　　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　チック・汚言カ　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　心的外傷に関連する症状エ　解離・転換症状　　オ　その他（　　　　　）(８)　てんかん発作等（けいれん及び意識障害）ア　てんかん発作　　イ　意識障害　　　ウ　その他（　　　　　）発作型（　　　　　）　頻度（　　　回／月又は　　　回／年）＊　発作型は、次の「(ｲ)、(ﾛ)、(ﾊ)、(ﾆ)」で記入してください。(ｲ)　意識障害はないが、随意運動が失われる発作　(ﾛ)　意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作　(ﾊ)　意識障害の有無を問わず、転倒する発作　(ﾆ)　意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作　(９)　精神作用物質の乱用及び依存等ア　アルコール　　イ　覚せい剤　　ウ　有機溶剤　　エ　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、学習等の障害ア　知的障害（精神遅滞）(ア)　軽度　　(イ)　中等度　　(ウ)　重度イ　認知症　　ウ　その他の記憶障害（　　　　　）エ　学習の困難(ア)　読み　　(イ)　書き　　(ウ)　算数　　(エ)　その他（　　　　　）オ　遂行機能障害　　カ　注意障害　　キ　その他（　　　　　） |
| (11)　広汎性発達障害関連症状ア　相互的な社会関係の質的障害　　イ　コミュニケーションのパターンにおける質的障害ウ　限定した常同的で反復的な関心及び活動　　エ　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 |
|  |
| ５　現在の治療内容(１)　投薬内容(２)　精神療法等(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　備考 |
| ９　自立支援医療（精神通院）の重度かつ継続に係る判定（「重度かつ継続」に該当し、かつ、主たる精神障害のＩＣＤカテゴリーがＦ40～Ｆ99の場合は、診断する医師の略歴について、ア・イ・ウのうち該当する項目に○印をつけてください。）　　Ａ　該当　　Ｂ　非該当　ア　精神保健指定医　　イ　精神科医（３年以上精神医療に従事）　　ウ　その他の医師 |
| 上記のとおり診断します。年　　月　　日医療機関　所在地名称電話番号診療科担当科名担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞（自署又は記名押印） |