

診断書(自立支援医療(精神通院医療)支給認定申請用)作成のポイント

| | | | |
|--|--|--|---|
| 氏名 | ・現住所となっているか(旧住所のままになっていないか)確認してください。 | | 日生() 男・女 |
| 住所 | ・CD-10に沿った病名を記載してください。 ・「主たる精神障害」は、主な病名1つとしてください。 ・「知的障害」は、興奮、暴力・衝動行為等の精神症状を伴う場合に、精神通院医療の対象となります。 ・状態像や「疑い」病名は、避けてください。 | | ・英字+数字2桁で記載してください。 ・適用範囲は、F00~F99及びG40です。 |
| 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 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症 | ICDコード() ICDコード() | ※精神障害と関連するものがあれば記載してください。 |
| 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) ※継続的な通院による治療を要することがわかるように記載してください。 再認定(継続)申請の場合は、最近1年間の通院、治療状況等も簡潔に記載してください。 入院中は自立支援医療の対象者とはなりません。入院中の方が申請される場合は、必ず退院予定日を記載してください。 (判定会までに退院予定日が確定しないときは、改めて申請していただく場合があります。) | | |
| 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。) | ・現在の病状、状態像等に該当するものをすべて○で囲んでください。 ・主たる精神障害又は従たる精神障害の特性と整合性がとれるか確認してください。 ・「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。 | | |
| (1) 抑鬱状態 | ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性 | | |
| (2) 躁状態 | 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) 精神運動興奮及び昏迷の状態 | ア 興奮 イ 昏迷 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 | ・旧様式を使用されている場合は、この内容に則した形で「発作型」「頻度」を記載してください。 | 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他() | |
| (7) 不安及び不穏 | | 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 てんかん発作型() イ 意識障害() ウ その他() | ウ その他() 頻度(回/月又は 回/年) 最終発作(年 月 日) | * 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) (イ) (ロ) (ハ) (ニ) (ヘ) その他() | ・精神遅滞(学童期における知的能力の障害)の場合は、「ア」及び「ア」~「ウ」の該当する項目を○で囲んでください。 | |
| (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と活動 エ その他() | | |
| (12) その他() | ・発達障害の場合、該当する項目を○で囲んでください。 | | |
| 4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 | ※「3」欄に記載された病状等について、その内容を具体的に記載してください。 | | |
| 5 現在の治療内容 | (1) 投薬内容 ※薬剤名、用法、用量を記載してください 精神障害の治療の対象となるもののみ記載をしてください(内科等の疾患治療のための投薬は記載不要です)。 ストラテラ、コンサータ等が処方されている場合は、病名または状態像等に発達障害、多動性障害等に関する記載があるか確認してください。 (薬物療法を行っていない場合は「なし」と記載してください。) | | |
| | (2) 精神療法等 ※精神療法やデイケア等の治療内容とその頻度(月○回など)を記載してください。 (精神療法等を行っていない場合は「なし」と記載をお願いします。) | | |
| | (3) 訪問看護指示の有無 (有・無) ※該当するほうを必ず○印で囲んでください。公費負担を適用するためには、訪問看護の指示が必要です。 | | |
| 6 今後の治療方針 | ※必ず記載をしてください。 | | |
| 7 現在の障害福祉サービス等の利用状況(障害者自立支援法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)、共同生活介護(ケアホーム)、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 | ・自立支援医療と同時申請、かつF40~99の場合は、記載をしてください(別紙フローチャート参照) ・ここに記載することで、「重度かつ継続」に関する意見書の添付が不要となります。 | | |
| 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○印をつけること。) | 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) |