様式第６号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ３横型）

診　　断　　書(精神通院医療用)

氏　　名		年　　月　　日生（　　歳）
住　　所		
1　病　　名 （ＩＣＤコードは、右の⑴又は⑵のそれぞれに対応するＦ00からＦ99まで、Ｇ40又はＧ41のいずれかを記載してください。）	⑴　主たる精神障害 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ⑵　従たる精神障害 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ⑶　身 体 合 併 症 ＿＿＿＿＿＿＿＿	ＩＣＤコード（　　） ＩＣＤコード（　　）
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してください。）	〔※病歴及び初診日も含め、具体的に記載してください。〕 〔※入院中の場合は、退院予定日を記載してください。〕	

3　現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲んでください。）

⑴　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（　　）

⑵　躁状態

ア　行為心迫　イ　多弁　ウ　感情高揚・易刺激性　エ　その他（　　）

⑶　幻覚妄想状態

ア　幻覚　イ　妄想　ウ　その他（　　）

⑷　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（　　）

⑸　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（　　）

⑹　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（　　）

⑺　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（　　）

⑻　てんかん発作等（けいれん及び意識障害）　→５の欄に記載してください。

⑼　精神作用物質の乱用、依存等

ア　アルコール　イ　覚醒剤　ウ　有機溶剤　エ　その他（　　）

㈺　乱用　㈻　依存　㈼　残遺性・遅発性精神病性障害　㈽　その他（　　）

⑽　知能、記憶、学習等の障害

ア　知的障害（精神遅滞）　㈺　軽度　㈻　中等度　㈼　重度

イ　認知症　ウ　その他の記憶障害（　　）

エ　学習の困難　㈺　読み　㈻　書き　㈼　算数　㈽　その他（　　）

オ　遂行機能障害　カ　注意障害　キ　その他（　　）

⑾　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（　　）

⑿　その他（　　）

4　３の症状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

5　てんかん発作等については、以下の⑴、⑵及び⑶に記載してください。

⑴　以下のアからエまでに掲げる発作の類型のうち該当するものを一つ○で囲んでください。

ア　意識障害はないが、随意運動が失われる発作

イ　意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作

ウ　意識障害の有無を問わず、転倒する発作

エ　意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

⑵　最終発作年月日（　　年　　月　　日）

⑶　以下の㈺から㈷までに掲げる発作の頻度のうち該当するものを一つ○で囲んでください。

㈺　ウ又はエの発作が月に１回以上

㈻　ア又はイの発作が月に１回以上

㈼　ウ又はエの発作が年に２回以上

㈽　ア又はイの発作が月に１回未満

㈾　ウ又はエの発作が年に２回未満

㈿　過去２年間、発作は、抑制されていた。

6　現在の治療内容

⑴　投薬の有無（ 有 ・ 無 ）〔※有の場合は、１の欄の⑴、⑵又は⑶のそれぞれに対応する薬剤の名称（商品名でも可）を日本語で記載してください。〕

投薬内容について、向精神薬を①抗不安薬②睡眠薬③抗うつ薬④抗精神病薬に分類した場合に、同じ分類の薬を３種類以上処方している場合は、その必要性について９の欄に理由を記載してください。

（　　）

⑵　精神療法等の有無（ 有 ・ 無 ）〔※有の場合は、以下のアからオまでのうち該当するものを○で囲んでください。〕

ア　通院精神療法　イ　通院集団精神療法　ウ　精神科作業療法　エ　精神科デイ・ケア

オ　その他（　　）

⑶　訪問看護指示　訪問看護指示が出ている場合は「レ」を記載してください。　□有

7　今後の治療方針〔※継続的に行っていく治療内容を具体的に記載してください。〕

8　現在の障害福祉等のサービスの利用状況

⑴　利用あり（該当する項目を○で囲んでください。）

ア　障害者総合支援法に規定するサービス

㈺　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（　　）

イ　訪問指導　ウ　その他（　　）

⑵　利用なし

9　備　　考

【医師の略歴】

１病名⑴主たる精神障害のＩＣＤコードがＦ40からＦ99までで、「重度かつ継続」に該当する場合には、⑴又は⑵のいずれかに記載してください。

⑴　精神保健指定医　（指定医番号：　　）

⑵　略歴（３年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載してください。）

上記のとおり、診断します。　　年　　月　　日

医療機関の名称

医療機関所在地

電 話 番 号

診療担当科名

医 師 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿