（別添様式第１号）

自立支援医療費用診断書（精神通院）

県・市町村・医療機関用

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（　） （2）従たる精神障害（　）　ＩＣＤコード（　） （3）身体合併症　（　）	
② 重度かつ継続用 （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 （　）（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 （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）

（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 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・衝動行動　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　1 てんかん発作　発作型（　）　頻度（　）　最終発作年月（　年　月）

（けいれん及び意識障害）　2 意識障害　3 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　ア 軽度　イ 中等度　ウ 重度　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ﾊﾟ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　（　）

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。）

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。）

2 精神療法等

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）

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、下記の該当するものに○を記載）

（　）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。）

（　）精神科医 （3年以上精神医療に従事 ）

（　）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連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

名　称

電 話 番 号

医師氏名（自署）