

※自立支援指定医療機関(精神通院)の登録がお済みになっていることをご確認ください。

第12号様式(第8条関係)

自立支援医療診断書(精神通院)

氏名	フリガナ	明・大 昭・平	※年齢もご記載ください。 年 月 日生(歳)	男・女									
住所	〒												
1 病名 (ICDコードは、F00～F99、G40のいずれかを記載してください。)	(1) 主たる精神障害 _____ (2) 従たる精神障害 _____ (3) 身体合併症 _____ (身体合併症欄は、精神疾患に起因する疾患のみご記載ください。それ以外は8の備考欄へご記載ください。)	ICDコード	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					ICDコード	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
2 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過等を記載してください。)	(推定発病時期 年 月頃) ※病歴、初診日を含めた受診歴を具体的にご記載ください。 ※入院中は申請できませんので、退院日及び通院事実をご確認ください。												
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。)													
(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 易怒性 3 気分変動 4 暴力・衝動行為 5 常同行為 6 多動 7 食行動の異常 8 性行動の異常 9 チック・汚言 10 その他()													
(7) 不安及び不穏状態 1 強度の不安・恐怖感 2 精神運動不穏 3 心身衰弱 4 強迫体験 5 心気症状 6 心的外傷に関連する症状 7 解離・転換症状 8 その他()													
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)(発作型は以下を参照して該当するものを○で囲んでください。) 1 てんかん発作 発作型(イ・ロ・ハ・ニ) 頻度(回/月・年) 最終発作(年 月 日) てんかん発作の型 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 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 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パ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()													

※A4版で提出の場合は、1頁右側中央と2頁左側中央に割印をしてください。また、A4版をA3版にした場合の割印は必要ありません。

氏名 ()

提出先ごとに作成し、○印をつけてください。

①東京都送付用 ②区市町村控用 ③医療機関控用

4 3の病状、状態像等の具体的程度、病状、検査所見等 (※現在の病状を日常生活への影響や診察時の様子をふまえて具体的にご記載ください。)									
5 現在の治療内容 (1) 投薬内容 (※診断名に対する薬剤名(商品名可)をご記載ください。) (2) 精神療法等 (※「通院精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記載でなく、医学的観点から継続的な通院治療の必要性がわかるように診察時にどのような治療や指導がなされているのかをご記載ください。) (3) 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)									
6 今後の治療方針 (※治療目標(症状、日常生活能力、社会適応等の面から記載)をふまえて、継続的に行っていく治療方法(薬物調整、外来通院頻度調整等を含む)をご記載ください。)									
7 現在の障害福祉サービスの利用状況 (該当する項目を○で囲んでください。) ※(1)～(4)については障害者自立支援法に規定するサービスに限る。 (1) 自立訓練 (生活訓練) (2) 共同生活援助 (グループホーム) (3) 共同生活介護 (ケアホーム) (4) 居宅介護 (ホームヘルプ) (5) その他の障害福祉サービス () (6) 訪問指導等 (7) なし	8 備考								
年 月 日									
医療機関コード	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ※7ケタの医療機関コードをご記入ください。								
医療機関 所在地	※主たる精神障害が ICD-10 コード(F4～F9)の場合で高額治療継続者(重度かつ継続)を申請するときは指定医番号もしくは従事年数(3年以上)の記載が必要となります 精神保健指定医の証の番号： _____ 精神医療従事年数： _____ 年								
名 称									
電話番号									
医師氏名 (自筆又は記名捺印)									

※ 東京都で記載いたしますので、空欄のままをお願い致します。

東京都記載欄： 自立支援医療対象 (該当・非該当)

高額治療継続者 (重度かつ継続)

(該当・非該当)

備考 ()

〈お願い〉記載もれ等がないことを今一度ご確認のうえ、ご提出ください。