

診 断 書 (精神通院医療)

氏 名	明治・大正・昭和・平成		男・女
	年 月 日生 (歳)		
住 所	群馬県		
病名 (ICDカテゴリーは、F0～F9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____	ICDカテゴリー ()	
	(2) 従たる精神障害 _____	ICDカテゴリー ()	
	(3) 身体合併症 _____		
発病から現在までの病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等)			
現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む)			
(1) 抑うつ状態 1. 思考・運動抑制 2. 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・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. 感情鈍麻 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・衝動行為 3. 多動 4. 食行動の異常 5. 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. その他 ()			
(8) 痙れん及び意識障害 1. 痙れん 2. 意識障害 3. その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1. アルコール 2. 覚せい剤 3. 有機溶剤 4. その他 ()			
(10) 知能障害 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			
の病状・状態像等の具体的程度、症状等			

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)

今後の治療方針

現在の精神保健福祉サービスの利用状況

(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、小規模作業所、訪問指導等)

備考

「重度かつ継続」に関する事項 該当の有無 (有 ・ 無)

・主たる精神障害 (ICD-10に準じ該当する番号に を付け又は記載すること。)

症状性を含む器質性精神障害 (F0)

精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)

気分障害 (F3)

てんかん (G40)

その他 : (F)

・医師の略歴 (「主たる精神障害」が上記 の場合のみ記載すること。)

精神保健指定医である等 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すること。

精神保健指定医 (第 号)

精神科における勤務年数 (経験年数 年)

その他 (科 精神医療に従事している年数 年)

平成 年 月 日

医療機関所在地

名 称

電 話 番 号

医 師 氏 名

(自署又は記名捺印)