

診断書（精神通院医療）

氏名			年 月 日生(歳)
住所	〒		FまたはG 数字2桁または3桁
① 病名 (ICDコードは、F00からF99まで又はG40のいずれかを記載してください。)	主たる精神障害	病名()	ICDコード □□□.□
	従たる精神障害	病名()	ICDコード □□□.□
	身体合併症		
② 発病から現在までの病歴 (発病状況、治療の経過その他参考となる事項を詳しく記載してください。)	(推定発病時期 年 月ころ)		
③ 現在の病状、状態像等(治療を中止すれば出現する可能性のある症状を含みます。) (該当する番号を○印で囲んでください。)			
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)暴力・衝動行為 (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(けいれん及び意識障害) (1)てんかん発作 (発作型() 頻度()) (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)鎮静・催眠剤 (5)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()			

④ 上記③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等を詳しく記載してください。
※病名のICDコードがF4の場合は、生活能力障害の有無に関わる症状を詳しく記載してください。

⑤ 現在の治療内容(該当する番号を○印で囲んでください。)

1 投薬治療(()内に薬剤数を記載してください。)

(1)抗精神病薬() (2)抗鬱薬() (3)気分安定薬() (4)抗不安薬() (5)睡眠薬()
(6)抗てんかん薬() (7)抗認知症薬() (8)抗酒薬() (9)その他()

※()内の薬剤数が**3種類**以上の場合は薬剤名及び処方した理由を記載してください。

[]

2 精神療法等

(1)支持的精神療法 (2)認知行動療法 (3)家族療法・指導 (4)集団精神療法
(5)その他()

3 訪問看護指示の有無 (1)有 (2)無

4 その他()

⑥ 今後の治療方針(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 通院治療を継続する必要がある。
- 2 通院治療が不要となる可能性がある。
- 3 入院治療の可能性がある。
- 4 その他

[]

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 未就学児
- 2 就学中
- 3 無職在宅
- 4 就労((1)正社員 (2)パート (3)その他)
- 5 居宅介護(ホームヘルプ)
- 6 共同生活介護(ケアホーム)
- 7 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自立訓練(生活訓練)
- 8 共同生活援助(グループホーム)
- 9 5~8以外の障害福祉サービス()
- 10 生活保護
- 11 精神科デイ・ケア又はナイト・ケア
- 12 精神科訪問看護・指導
- 13 その他()

⑧ 備考(判定の参考となる事項を記載してください。)

年 月 日

医療機関所在地

名 称

電 話 番 号

診 療 担 当 科

医師氏名