第3号様式

自立支援医療診断書（精神通院医療用）

ふりがな 氏　名		明治・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日生（　　歳）
住　所	横 浜 市　　区	

① 病　　名 （ＩＣＤコードは、右の病名と対応するF00～F99､G40のいずれかを記入してください）	(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 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記入してください)	(1)　推定発病時期　昭和・平成・令和　　年　　月頃 (2)　精神科受診歴等　※初回と再承認の場合は必ず記入してください。継続の場合は変化があれば記入してください。	

③ 現在の病状、状態像等

（該当する項目を（治療を中止すれば出現する可能性のある症状も含め）○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
1 てんかん発作　（該当する場合は、④欄に発作のタイプ、頻度等について記入）
2 意識障害　3 その他(　　)

(9)精神作用物質の乱用及び依存等
1 アルコール　2 覚せい剤　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（状態像を該当項目に再掲すること）
エ その他(

(10)知能・記憶・学習・注意の障害
1 知的障害 ア 軽度　イ 中等度　ウ 重度　（療育手帳　有 ・ 無 、等級等　　）
（精神遅滞）
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 ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

（検査名、検査結果、検査時期等）

【てんかん発作については下記にも記入して下さい】

イ．意識障害はないが、随意運動が失われる発作
月に（　）回　又は　年に（　）回

ロ．意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
月に（　）回　又は　年に（　）回

ハ．意識障害の有無を問わず、転倒する発作
月に（　）回　又は　年に（　）回

ニ．意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
月に（　）回　又は　年に（　）回

ホ．現在発作はない
最終発作（　　年　　月　　日）

※各１枚、計２枚を作成いただき、医療機関控えは医療機関にて保管ください。１枚を手続きに使用します。↓

こころの健康相談センター処理欄	
重度かつ継続	自立支援医療
該　当・非該当	承　認・不承認

横浜市提出用
医療機関控

⑤ 現在の治療内容

(1)投薬内容

(2)精神療法等(該当項目を○で囲んでください。)

・通院精神療法　・精神分析療法　・精神科作業療法

・精神科デイケア　・認知行動療法　・てんかん指導料　・該当なし

・その他（　　）

(3)訪問看護指示　あり　(利用がある場合は「レ」を記入してください)

⑥ 今後の治療方針（治療目標をふまえて、継続的に行っていく治療法を記入してください。）

□

⑦ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください。）

・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）

・地域活動支援センター　・訪問指導　・その他の障害福祉サービス等（　　）

⑧ 備考

⑨ 「重度かつ継続」について

(1)「①病名(1)主たる精神障害」のＩＣＤコードがＦ４０～Ｆ９９であって、「③現在の病状、状態像等(6)情動及び行動の障害または(7)不安及び不穏」に該当し、計画的・集中的継続的治療を要する場合に、該当事項に「レ」を記入してください。

※「①病名(1)主たる精神障害」のＩＣＤコードがＦ００～Ｆ３９、Ｇ４０である場合は、病名により「重度かつ継続」の対象となります。

□ 症状等が持続している　□ 症状等が消長を繰り返している　□ 症状等の持続または消長の繰り返しはしていない

(2) (1)は、３年以上の精神医療の経験を有する医師の診断となるため、次の該当する項目に「レ」を記入してください。

□ 精神保健指定医(精神保健指定医番号　第＿＿＿＿＿＿号)

□ 精神医療に従事した経験　３年以上

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称　　診療担当科名

所在地・電話番号　　医師氏名
(自署又は記名捺印)

※申請者の方は、印刷した診断書様式とこの紙を一緒に、医療機関へお持ちください。

診断書を作成される医療機関関係者の方へお願い

① この診断書は、精神通院医療用の診断書です。手帳用診断書ではありませんので、ご注意ください。
② 診断書は計２枚作成していただき、１枚は医療機関にて保管ください。１枚は横浜市での手続きに使用します。

【問い合わせ先】
横浜市健康福祉局こころの健康相談センター
ＴＥＬ： ０４５－６７１－２４１５