

## 自立支援医療診断書（精神通院医療用）チェックシート【医療機関用】

<input type="checkbox"/> ①主たる精神障害に病名が一つだけ記載されていますか
<input type="checkbox"/> ① ICDコードはF0～F9・G40で記載されていますか
<input type="checkbox"/> ③病状・状態像の具体的項目（1, 2, 3, ア, イ, ウ等）に○が付いていますか
<input type="checkbox"/> ④現在の病状、状態像等について具体的程度等が記載されていますか
<input type="checkbox"/> ④てんかんの場合、発作についての記載がありますか
<input type="checkbox"/> ⑤具体的薬剤名が記載されていますか。または、「投薬なし」と記載されていますか
<input type="checkbox"/> ⑤精神療法の項目の一つ以上○が付いていますか。その他の場合（）内に記載がありますか
<input type="checkbox"/> ⑥今後の治療方針が記載されていますか
<input type="checkbox"/> ⑦サービス利用について、その他の場合（）内に記載がありますか
<input type="checkbox"/> ⑨ ICDコードがF4～F9の場合、(1)(2)の記載がありますか
<input type="checkbox"/> 診断書作成日は正しく記載されていますか ※（年始は特にご注意下さい）
<input type="checkbox"/> 医療機関名、住所等は記載されていますか
<input type="checkbox"/> 医師名が記載されていますか（自署でない場合、押印がされていますか）
<input type="checkbox"/> 訂正箇所には訂正印がありますか ※（日付の訂正は特にご注意下さい）

### 新規の場合

<input type="checkbox"/> ②推定発病時期・受診歴が記載されていますか（「なし」「空欄」等は不可）
--------------------------------------------------------------

### 入院中の場合

<input type="checkbox"/> 退院予定の記載がありますか（例：○月末、○月中退院予定 等）
---------------------------------------------------------

### 診断書が2枚に分かれている場合

<input type="checkbox"/> 割印がありますか
-----------------------------------

※ ⑨については必須項目ではないため、記入されていなくても判定されます。