

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）	男・女
住所	横浜市 区		
① 病名 <small>（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）</small>	(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 <small>（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）</small>	(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 <small>（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。）</small>	④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 <small>（検査名、検査結果、検査時期等）</small>		
<p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(12)その他（ ）</p>	<p>【てんかん発作については下記にも記入して下さい】</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ホ. 現在発作はない</p> <p style="text-align: right;">最終発作（ 年 月 日）</p>		

※各1枚、計3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。2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

横浜市障害企画課用	<input type="checkbox"/>
横浜市こころの健康相談センター提出用	<input type="checkbox"/>
医療機関控え	<input type="checkbox"/>

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)

印

※申請者の方は、印刷した診断書様式とこの紙と一緒に、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3枚作成していただき、1枚は医療機関にて保管ください。2枚は市役所での手続きに使用します。
- ③ 作成していただいた診断書3枚すべて、医師氏名欄には自署または記名捺印をお願いいたします。

【問い合わせ先】
横浜市役所健康福祉局障害企画課
TEL： 045-671-2415