

### 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 <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> (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)不安及び不穩 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 <small>（検査名、検査結果、検査時期等）</small>  【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）	



※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】  
横浜市健康福祉局こころの健康相談センター  
TEL： 045-671-2415