

診断書（精神通院医療用）

氏名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	
住所		
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00~F99、G40のいずれかを記載)	(1)主たる精神障がい	ICDコード()
	(2)従たる精神障がい	ICDコード()
	(3)身体合併症	(注)ICDコードは3桁以上記入してください(例:F20)
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、治療の経過等を記載する)		
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)		
(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)情動及び行動の障がい 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がい) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) 2 意識障がい 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 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他() ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障がい(状態像を該当項目に再掲すること) エその他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月から)		
(10)知能・記憶・学習・注意の障がい 1 知的障がい(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 療育手帳(有・無、等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障がい() 4 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他() 5 遂行機能障がい 6 注意障がい 7 その他()		
(11)広汎性発達障がい関連症状 1 相互的な社会関係の質的障がい 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障がい 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()		
※寛解状態であれば、その旨を「(12)その他」欄に記載してください。		

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 [検査所見：検査名、検査結果、検査時期]	
⑤ 現在の治療内容 1 投薬内容 [] 2 精神療法等 [] 3 訪問看護指示の有無 (有・無)	
⑥ 今後の治療方針	
⑦ 現在の障がい福祉サービス等の利用状況 (該当するものに○又は記入をしてください) 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 1 自立訓練(生活訓練) 2 共同生活援助(グループホーム) 3 共同生活介護(ケアホーム) 4 居宅介護(ホームヘルプ) 5 訪問指導 6 生活保護 7 その他の障がい福祉サービス() 8 該当なし	
⑧「重度かつ継続」に関する意見 該当するものに○を付けてください (該当・非該当) 「該当」の場合は、⑨医師の略歴欄を記入してください。	
⑨ 医師の略歴(精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験が分かるように記載すること)	
⑩備考	
上記のとおり、診断します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 名称 電話番号 診療科担当科名 医師氏名(自署または記名捺印) 印	