

診断書（精神通院医療）

氏名			年 月 日生( 歳)
住所	〒		FまたはG <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">数字2桁または3桁</span>
① 病名 (ICDコードは、F00からF99まで又はG40のいずれかを記載してください。)	主たる精神障害	病名( )	ICDコード <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□ □ □ . □</span>
	従たる精神障害	病名( )	ICDコード <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□ □ □ . □</span>
	身体合併症		
② 発病から現在までの病歴 (発病状況、治療の経過その他参考となる事項を詳しく記載してください。)	(推定発病時期 年 月ころ)		
③ 現在の病状、状態像等(治療を中止すれば出現する可能性のある症状を含みます。) (該当する番号を○印で囲んでください。)			
<p>1 抑鬱状態 (1)思考・運動抑制 (2)易刺激性・興奮 (3)抑鬱気分 (4)その他( )</p> <p>2 そう状態 (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 精神運動興奮及びこん迷の状態 (1)興奮 (2)こん迷 (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(けいれん及び意識障害) (1)てんかん発作 (発作型( ) 頻度( )) (2)意識障害 (3)その他( )</p> <p>9 精神作用物質の乱用、依存等 (1)アルコール (2)覚醒剤 (3)有機溶剤 (4)鎮静・催眠剤 (5)その他( ) (ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 エ その他( ))</p> <p>10 知能・記憶・学習等の障害 (1)知的障害(精神遅滞)(ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度) (2)認知症 (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>			

④ 上記③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等を詳しく記載してください。  
※病名のICDコードがF4の場合は、生活能力障害の有無に関わる症状を詳しく記載してください。

⑤ 現在の治療内容(該当する番号を○印で囲んでください。)

1 投薬治療(( )内に薬剤数を記載してください。)

(1)抗精神病薬( ) (2)抗鬱薬( ) (3)気分安定薬( ) (4)抗不安薬( ) (5)睡眠薬( )  
(6)抗てんかん薬( ) (7)抗認知症薬( ) (8)抗酒薬( ) (9)その他( )

※( )内の薬剤数が3種類以上の場合は薬剤名及び処方した理由を記載してください。

( )

2 精神療法等

(1)支持的精神療法 (2)認知行動療法 (3)家族療法・指導 (4)集団精神療法  
(5)その他( )

3 訪問看護指示の有無 (1)有 (2)無

4 その他( )

⑥ 今後の治療方針(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 通院治療を継続する必要がある。
- 2 通院治療が不要となる可能性がある。
- 3 入院治療の可能性がある。
- 4 その他

( )

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 未就学児 2 就学中 3 無職在宅 4 就労((1)正社員 (2)パート (3)その他)
- 5 居宅介護(ホームヘルプ) 6 共同生活介護(ケアホーム) 7 自立訓練(生活訓練)
- 8 共同生活援助(グループホーム) 9 5~8以外の障害福祉サービス( )
- 10 生活保護 11 精神科デイ・ケア又はナイト・ケア 12 精神科訪問看護・指導
- 13 その他( )

⑧ 備考(判定の参考となる事項を記載してください。)

年 月 日

医療機関所在地

名 称

電 話 番 号

診 療 担 当 科

医 師 氏 名