

① 自立支援医療費(精神通院)のみ申請する場合

● 自立支援医療費(精神通院)の診断書を使用してください

様式第2号

自立支援医療(精神通院医療)診断書兼「重度かつ継続」に関する意見書

氏名	生年月日	明大 昭 平	男・女
住所			
1 病名 (注)この病名と対応するICD-10コードをF00～F99、G40の範囲で記載し、F06疾患はなるべく4桁で記載し、F06疾患はなるべく4桁で記載し、)	主たる精神障害が、	従たる精神障害が、	身体合併症
2 初診年月日 (指定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)	ICD-10コード	F03G	ICD-10コード
3 発病から現在までの病歴 (指定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)			
4 現在の病状・状態 (該当する項目を○で囲む)	(1) 躁鬱状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮 3 憂鬱気分 4 その他() (2) そう状態 1 行為心道 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) 精神運動興奮及び徐滞の状態 1 興奮 2 徐滞 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 チェック・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害) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 2 意識障害 3 その他() (9) 精神作用物質の乱用、依存等 ア アルコール イ 覚醒剤 ウ 有機溶剤 エ その他() 1 乱用 2 依存 3 残遺性・遅発性精神障害 4 その他() (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() (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 限定した業的・反復的な関心と活動 4 その他() (12) その他()		
5 4の病状・状態等の具体的程度、症状、検査所見等 (連続的に発症の経緯が分かるように記載すること)			

5 現在の治療内容 (注)重度かつ継続(該当する場合、計画的集中療育の指導等)が分かるように記載すること)	(1) 投薬の有無 (有・無) 内容 (2) 精神療法等の有無 (有・無) 内容 (3) 訪問看護の指示の有無 (有・無) (4) 他医療機関へ通院の有無 (有・無) 医療機関名 内容 デイケア・カウンセリング・その他()
6 今後の治療方針	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(平成十七年法律第百二十三号)に規定する自立訓練(生活訓練)(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等(訪問看護等)
7 現在の障害福祉サービスの利用状況	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(平成十七年法律第百二十三号)に規定する自立訓練(生活訓練)(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等(訪問看護等)
8 重度かつ継続	1 該当 2 非該当
9 診断する医師の略歴 (3年以上の精神医療従事経験)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない(下記に精神医療従事経験を記載) 精神科: 年 月～年 月勤務 <input type="checkbox"/> その他: 年 月～年 月勤務 主に診察した疾患名()
上記の上記の診断書は、	年 月 日 病院及び診療所の名称 診療担当科名 所在地 医師氏名(署名又は記名押印) 電話番号

重度かつ継続の要件
 ① 主たる精神障害がICD-10コードのF00～F99及びG40に該当すること。
 ② 上記①に該当しないICD-10コードがF00～F99の場合、以下のA、B両方に該当すること。
 A: 「2 発病から現在までの病歴」及び「3 現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するが、再発を繰り返す、持続的な治療による精神療法や薬物療法を必要とする(予防も含む)。
 B: 「5 現在の治療内容」及び「6 今後の治療方針」において、計画的・集中的な治療を継続して行っていること。
 ※1 「計画的であること」⇒ 中・長期的な治療の目標と現在の治療が関連していること。
 ※2 「集中的であること」⇒ 単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。

※用紙の大きさは日本工業規格A列3号とします。

② 自立支援医療費(精神通院)と手帳を同時申請する場合

● 手帳用の診断書を使用してください(すべての欄について記入してください)
 ● 「様式第3号 重度かつ継続に関する意見書」の添付は不要です

細則様式第3号(第30条関係)

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 生(歳)
住所		
1 病名 (注)この病名と対応するICD-10コードをF00～F99、G40の範囲で記載し、F06疾患はなるべく4桁で記載し、)	(1) 主たる精神障害 ICD-10コード	(2) 従たる精神障害 ICD-10コード
2 初診年月日 (指定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載)	昭和・平成	年 月 日
3 発病から現在までの病歴 (指定発病年月、発病状況、治療の経過、治療内容などを記載する。)	診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 年 月 日 ※高容量精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患とその発症日(疾患名) 年 月 日	
4 現在の病状・状態等 (該当する項目を○で囲む)	(1) 躁鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性・興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他() (2) そう状態 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他() (3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他() (4) 精神運動興奮及び徐滞の状態 ア 興奮 イ 徐滞 ウ 拒絶 エ その他() (5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他() (6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チェック・汚言 カ その他() (7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他() (8) てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) ア てんかん発作 発作型() 最終発作(年 月 日) イ 意識障害 ウ その他() (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 ア アルコール イ 覚醒剤 ウ 有機溶剤 エ その他() ① 乱用 ② 依存 ③ 残遺性・遅発性精神障害(状態を該当項目に再掲すること) ④ 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 日から) (10) 知能・記憶・学習等の障害 ア 知的障害(精神遅滞) ① 軽度 ② 中等度 ③ 重度 療育手帳(有・無、等級等) イ 認知症 ① 読み ② 書き ③ 算数 ④ その他() エ 学習の困難 ① 読み ② 書き ③ 算数 ④ その他() ⑤ 遂行機能障害 ⑥ 注意障害 キ その他() (11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した業的・反復的な関心と活動 エ その他() (12) その他()	
5 4の病状・状態等の具体的程度、症状、検査所見等 (検査所見・検査結果、検査時期)		

6 生活能力の状態(保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する)	(1) 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所(施設名) <input type="checkbox"/> 在宅(ア 単身・イ 家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他() (2) 日常生活能力の判定(該当するものを○で囲む) ア 適切な食事摂取 自発的である・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない イ 身の回り清掃・洗濯 自発的である・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない ウ 金銭管理と買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない エ 通院と服薬(薬・不薬) 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない オ 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない カ 身の回り安全・危機対応 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない キ 社会的手段や公共施設の利用 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない ク 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない
7 6の具体的程度、状態等(就労・就学・家庭生活の状況等)	
8 現在の障害福祉等のサービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 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(平成十七年法律第百二十三号)に規定する自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 居宅介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス()
9 備考	自立支援医療費(精神通院)同時申請の場合は、以下についても記入してください。 1 現在の治療内容 (1) 投薬の有無 (有・無) 内容 (2) 精神療法等の有無 (有・無) 内容 (3) 訪問看護の指示の有無 (有・無) →「有」の場合 医療機関名 (4) 他医療機関へ通院の有無 (有・無) →「有」の場合 医療機関名 2 今後の治療方針 3 重度かつ継続 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (重度かつ継続の要件は裏面を参照)
上記のとおり、診断します。	平成 年 月 日 医療機関の名称 精神科 所在地 医師氏名(署名又は記名押印) 電話番号
診断書担当者 医師氏名(署名又は記名押印)	※自立支援医療費(精神通院)同時申請で、「3 重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がF00～F99の場合に医師の略歴を(精神医療に3年以上従事した経験)を有することが分かるように記載すること <input type="checkbox"/> 精神保健指定医 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない(下記に精神医療従事経験を記載) 精神科: 年 月 日～年 月 日勤務 その他: 年 月 日～年 月 日勤務 主に診察した疾患名()
※用紙の大きさは日本工業規格A列3号とします。	