

自立支援医療費用診断書(精神通院)

県・市町村・医療機関用

精神障害の症状または治療に関連して生じた病態であって精神治療を担当する医師が通院による医療を行うことができる範囲を記入してください。

〔受診者名を記載してください〕

明治・大正・昭和・平成・令和  
年 月 日生( 歳)

住所

〔受診者の現住所を記載してください。カルテの住所と相違している場合がありますのでご注意ください。〕

① 病名  
(ICDコードは、F00～99、G40のいずれかを記載)

(1) 主たる精神障害 ( **〔病名を記載してください〕** ) ICDコード( **〔必ず記入してください〕** )  
(2) 従たる精神障害 ( )  
(3) 身体合併症 ( )

F40～99の場合は「重度かつ継続」の判定が必要です。重度かつ継続の該当要件は次のページのとおりです。

② 重度かつ継続用  
(該当するものに○を記載)

( ) (1) 主たる精神障害のICDコードが、F0～F3またはG40  
( ) (2) 主たる精神障害のICDコードが上記以外のもの

③ 発病から現在までの病歴  
(推定発病年月、精神科受診歴等)

(推定発病時期 年 月頃、 初診日 年 月)  
〔前医を含めた精神科受診歴、発病時の症状・状態像を記入してください。更新の場合でも「前回と同じ」という記載ではなく、前回申請から現在までの状況も含めて記入してください。〕

診断書作成医療機関の初診日を記入してください。

④ 現在の病状、状態像(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 (けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型( ) 頻度( ) 最終発作年月( 年 月) 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・遅発性精神病性障害 エその他( )
- (10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 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 ( )

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 ( ②の(2)に該当する場合は、継続的な医療の必要性が分かるよう記載すること。)  
〔④で選択した病状・状態像について具体的程度・症状等を記載してください。〕

⑥ 現在の治療内容 ( ②の(2)に該当する場合は、計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるよう記載すること。)

- 1 投薬内容・薬物療法(自立支援医療費(精神通院医療)の対象となる具体的な薬品名を記載すること。)  
〔診断名に対する薬物名を具体的に記入してください。【例: ×向精神薬材 ○リントン】 なお、投薬には点滴・注射を含みます。〕
- 2 精神療法等  
〔薬物療法以外の精神療法やデイケア・作業療法の内容を具体的に記入してください。〕
- 3 訪問看護指示の有無( 有 ・ 無 ) デイケア利用指示の有無( 有 ・ 無 )

⑦ 今後の治療方針

〔今後の治療目的とそのための手段を具体的に記載してください。また、再発予防の観点から継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合にはその内容、必要性を具体的に記載してください。〕

⑧ 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障害福祉サービス等の利用状況(該当するものに○で囲む)

- 1 自立訓練(生活訓練) 2 共同生活援助(グループホーム) 3 居宅介護(ホームヘルプ) 4 訪問指導 5 その他の障害福祉サービス等( )

⑨ 医師の略歴( ②の(2)に該当する場合、下記の該当するものに○を記載)

- ( ) 精神保健指定医 精神保健指定医の証 第 \_\_\_\_\_ 号(指定医番号をご記入ください。)
- ( ) 精神科医(3年以上精神科医療に従事)
- ( ) その他の医師(精神医療従事歴: \_\_\_\_\_ )

⑩ 備考(主たる精神障害に関連して他の医療機関での検査や通院治療など、紹介状況がある場合は記載すること)

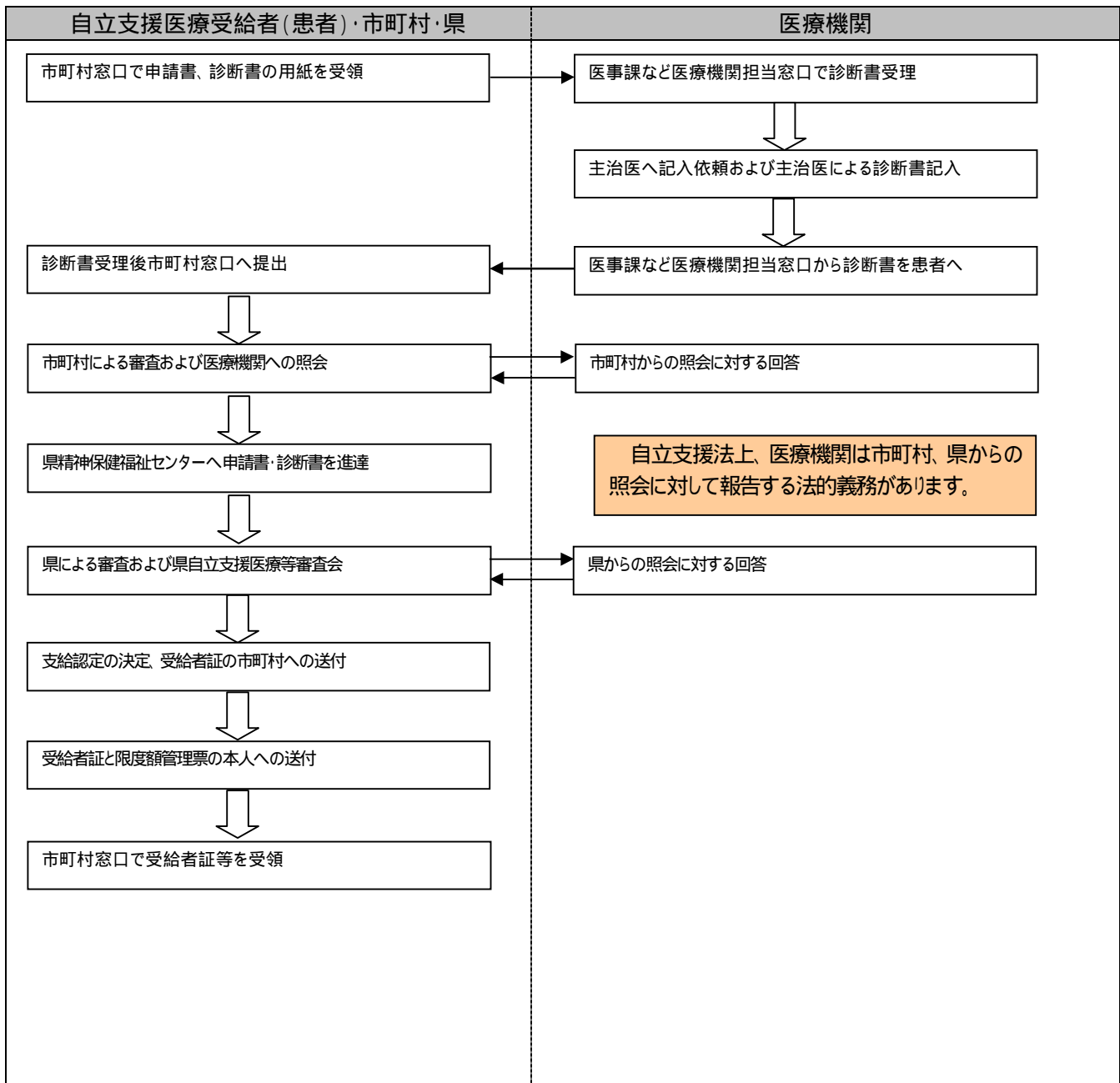
〔精神障害の治療に関して他の医療機関への追加受診を指示されている場合は必ずその医療機関名・理由を記入してください。〕

年 月 日 医療機関所在地  
名 称  
電 話 番 号  
医師氏名(自署)

「重度かつ継続」の記入について

- (1) ICD-10コードによる分類がF4～F9である場合、原則的に「重度かつ継続」の判定が必要です。  
 F0～F3またはG40の場合はその病名のみで「重度かつ継続」該当扱いとなるため記載の必要はありません。
- (2) 「重度かつ継続」該当の条件  
 情動および行動の障害  
 不安および不穏状態  
 以上の病状のため、計画的・集中的な継続通院医療(状態の維持、悪化予防のための医療を含む。)を要すること。
- (3) 上記判定における医師については、以下いずれかの経歴が必要です。  
 精神保健指定医  
 3年以上精神医療に従事した経験を持つ精神科医または同経歴を持つその他の医師であること

参考: 自立支援医療支給認定のフロー



【問い合わせ先】  
 茨城県精神保健福祉センター 精神医療福祉課  
 029(243)2971  
 FAX 029(244)6555