

診断書左側

※自立支援指定医療機関(精神通院)の登録がお済みになっていることをご確認ください。

第12号様式(第8条関係)

自立支援医療診断書(精神通院)

氏名・住所・生年月日・年齢は正しく記載してください。なお、年齢は診断日現在の満年齢を記載し、住所は申請書と同じ住所としてください。(診断書に記載されている氏名・住所が申請書と異なる場合があるため、作成時に申請者等に確認してください。)

(フリガナ) 氏名	() 大・昭 平・令	※年齢もご記載ください。 年 月 日生 (歳)				
住所						
1 病名 (ICDコードは、 F00～F99、G40 のいずれかをご記 載ください。)	(※適応障害(F43.2)の場合、発病から6ヶ月以上、遷延性抑うつ反応(F43.21)であっても2年を越えないことが原則 となっていますので、ご注意ください。) (1) 主たる精神障害 _____ ICDコード <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>F</td><td>G</td></tr><tr><td>F</td><td>G</td></tr></table> (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード (3) 身体合併症 _____ (身体合併症欄は、精神疾患に起因する疾患のみご記載ください。それ以外は8備考欄へご記載ください。)		F	G	F	G
F	G					
F	G					
2 発病から現在 までの病歴 (推定発病年月、 発病状況、 初発症状、 治療の経過等 をご記載く ださい。)	(推定発病時期 年 月頃、 初診日 年 月) ※病歴、初診日を含めた受診歴を具体的にご記載ください。また、退院予定の場合は、退院日をご記載ください。 ※フォントサイズは10ポイントでご記載ください。					
3 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。該当項目がない場合には、各項目の「その他」の欄にご記載ください。)	(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 易怒性 3 気分変動 4 暴力・衝動行為 5 常同行為 6 多動 7 食行動の異常 8 性行動の異常 9 チック・汚言 10 その他 () (7) 不安及び不穏状態 1 強度の不安・恐怖感 2 精神運動不穏 3 心身衰弱 4 強迫体験 5 心気症状 6 心的外傷に関連する症状 7 解離・転換症状 8 その他 () (8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) (発作型は以下を参照して該当するものを○で囲んでください。) 1 てんかん発作 発作型 (イ・ロ・ハ・ニ) 頻度 (回/月・年) 最終発作 (年 月 日) てんかん発作の型 イ: 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ: 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ: 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ: 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 2 意識障害 3 その他 () (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 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質的障害 3 限定的な興味と常同的・反復的な行動 4 その他 () (12) その他 ()					

病名には英数字を使用しないでください。
精神科治療対象の病名を記載してください。

※「ICD-10 精神及び行動の障害」に基づき、Fを含む4桁までコード名を記載してください。「F00～F99、G40」の中で記載してください。
「知的障害」についてはICDコードF7x.1「介助あるいは治療を要するほど顕著な行動障害」F7x.8「他の行動障害」のみ対象となります。この場合、知的障害に基づく顕著な行動障害の内容を「4」に記載してください。

※発病も含め、精神障害を主訴として初めて医療機関を受診した日を記載してください。以前に受診された場合は、その受診日を記載してください。

※「1の病名」、「4(3)の病状・状態像等」で記載されている状態と整合性がある項目に○をしてください。

「依存症」は、依存対象等、該当するものに○をしてください。

「知的障害」は、アイウのいずれかに○をしてください。

※印の診断名は、発病からの期間によっては制度対象外となります。必ずご確認ください。

身体合併症は精神疾患に起因する病名のみこちらに記載してください。精神疾患に起因しない場合は「8備考欄」にご記載ください。

診断書右側

英略字使う場合は日常的に使用されているもしくは一般的に理解可能なものにしてください(専門的な用語は日本語併記してください)。主たる精神障害を、F7x.1「介助あるいは治療を要するほど顕著な行動障害」F7x.8「他の行動障害」とした場合、知的障害に基づく顕著な行動障害の内容を記載してください。

「外国語・略語は使用せず、一般名または商品名等の記載をお願いします。自立支援医療(精神通院)の支給対象とならない投薬については記載の必要はありません。同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合には、その理由を備考欄に記載してください。

該当する項目に必ず○をつけてください。

継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすることがわかるよう、治療目標を踏まえて具体的に文章での記載をお願いします。

医療機関の複数指定をする場合にはその必要性がわかるよう、理由を記載してください。理由が書かれていない場合には複数指定は認められませんのでご注意ください。

「※印」の説明書きのとおり、指定医番号もしくは従事年数の記載が必要となる場合がありますので、F4～F9の場合、原則ご記入ください。

医師がいずれも該当しない場合、斜線または「該当しない」等ご記載ください。

【県提出用】

4 3の病状、状態像等の具体的程度、病状、検査所見等
(※現在の病状を日常生活への影響や診察時の様子をふまえて具体的にご記載ください。検査等を行っている場合は、検査名及び結果等をご記載ください。)

5 現在の治療内容
(1) 投薬内容 (※病名に関連する薬剤名(商品名可)をご記載ください。同一向精神薬を3種以上処方されている場合、その理由もご記載ください。)

(2) 精神療法等 (※「実施している」「通院精神療法」等の簡単な記載でなく、治療内容をご記載ください。また、てんかん(G40)等で身体医学的な治療が主になっている場合も、生活指導・家族への助言等、薬物療法以外をご記載ください。)

(3) 訪問看護指示の有無 (有・無)

6 今後の治療方針 (※治療目標(症状、日常生活能力、社会適応等の面から記載)をふまえて、継続的に行っていく治療方法(薬物調整、外来通院頻度調整等を含む)をご記載ください。)

7 現在の障害福祉サービスの利用状況
(該当する項目を○で囲んでください。※利用していない場合は、「(7)なし」にご記載ください。)

※(1)～(3)については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サービスに限る。
(1) 自立訓練(生活訓練)
(2) 共同生活援助(グループホーム)
(3) 居宅介護(ホームヘルプ)
(4) その他の障害福祉サービス()
(5) 訪問指導
(6) 生活保護
(7) なし

8 備考

【診断書作成年月日】 令和 年 月 日 ※診断書作成年月日及び医療機関情報については、記載もれがないことを確認してください。

【医療機関所在地】 _____

【医療機関名称】 _____

【電話番号】 _____

【医師氏名】 _____ 印
(自筆又は記名捺印)

精神保健指定医の証の番号: _____

精神医療従事年数: _____ 年

※ 山梨県で記載いたしますので、空欄のままをお願い致します。

山梨県記載欄: 自立支援医療審査結果: (・承認 ・不承認)	審査員1	審査員2	審査員3
高額治療継続者(重度かつ継続): (該当「○」・再審査、非該当「×」) →			

「簡単な記載ではなく、継続的に必要な治療内容を具体的に文章で記載してください。(家族に対する指導等でも可)」

必ず該当する項目に○をつけてください。治療行為として行われる医療機関のデイケア等は含まれません。

※精神疾患の診療・治療に従事する医師が作成してください。また、署名が印刷の場合は、必ず捺印してください。

自立の診断書が「再審査」「再提出」「指摘」「不承認」となる内容のほとんどは、、、

- ① 記入漏れ (空欄・丸付け忘れ・印字ミス など)
- ② 制度適用外 (初診から6ヶ月以上経過している「適応障害」、入院中で退院日未確定 など)
- ③ 情報不足 (文章で記載すべきところが単語のみになっている 直近の情報の記載がない など)

のいずれかです。医療機関で十分ご確認のうえ作成をお願いします。①、②の不備が多く改善されない状況が続いていることから今後、書類に不備がある場合、積極的に「再提出」を求めていく方針ですので、ご注意ください。

相互に適正な事務処理を行い、申請者様が円滑に制度を利用出来るよう、ご協力をお願いいたします。