第5号様式(第4条関係)

診断書(精神通院医療)

<table>
<tr><td>氏　　　名</td><td colspan="2"></td><td>年　　月　　日生(　　歳)</td></tr>
<tr><td>住　　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">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。)</td><td>主たる精神障害</td><td colspan="2">病　名(　　　　　　　)　　ICDコード(　　　　　　)</td></tr>
<tr><td>従たる精神障害</td><td colspan="2">病　名(　　　　　　　)　　ICDコード(　　　　　　)</td></tr>
<tr><td>身体合併症</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>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。)</td><td colspan="3">(推定発病時期　　年　　月ころ)</td></tr>
</table>

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。)

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(　　　)

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(　　　)

3　幻覚妄想状態
　(1)　幻覚　(2)　妄想　(3)　その他(　　　)

4　精神運動興奮及びこん迷の状態
　(1)　興奮　(2)　こん迷　(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
　(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(　　　))

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)　限定した常同的で反復的な関心と活動　(4)　その他(　　　)

12　その他(　　　)

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(( )内に薬剤の種類の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(薬剤の名称：　　)

※　薬剤の種類の数の記載については、当該薬剤の種類の数が3以上の場合は、当該薬剤の名称及び当該薬剤を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　自立訓練(生活訓練)　7　共同生活援助(グループホーム)
8　5～7以外の障害福祉サービス(　)　9　生活保護　10　精神科デイ・ケア又はナイト・ケア
11　精神科訪問看護・指導　12　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(署名又は記名捺印)