

〔精神障害の症状または治療に関連して生じた病態であつ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。〕

県・医療機関・市町村用

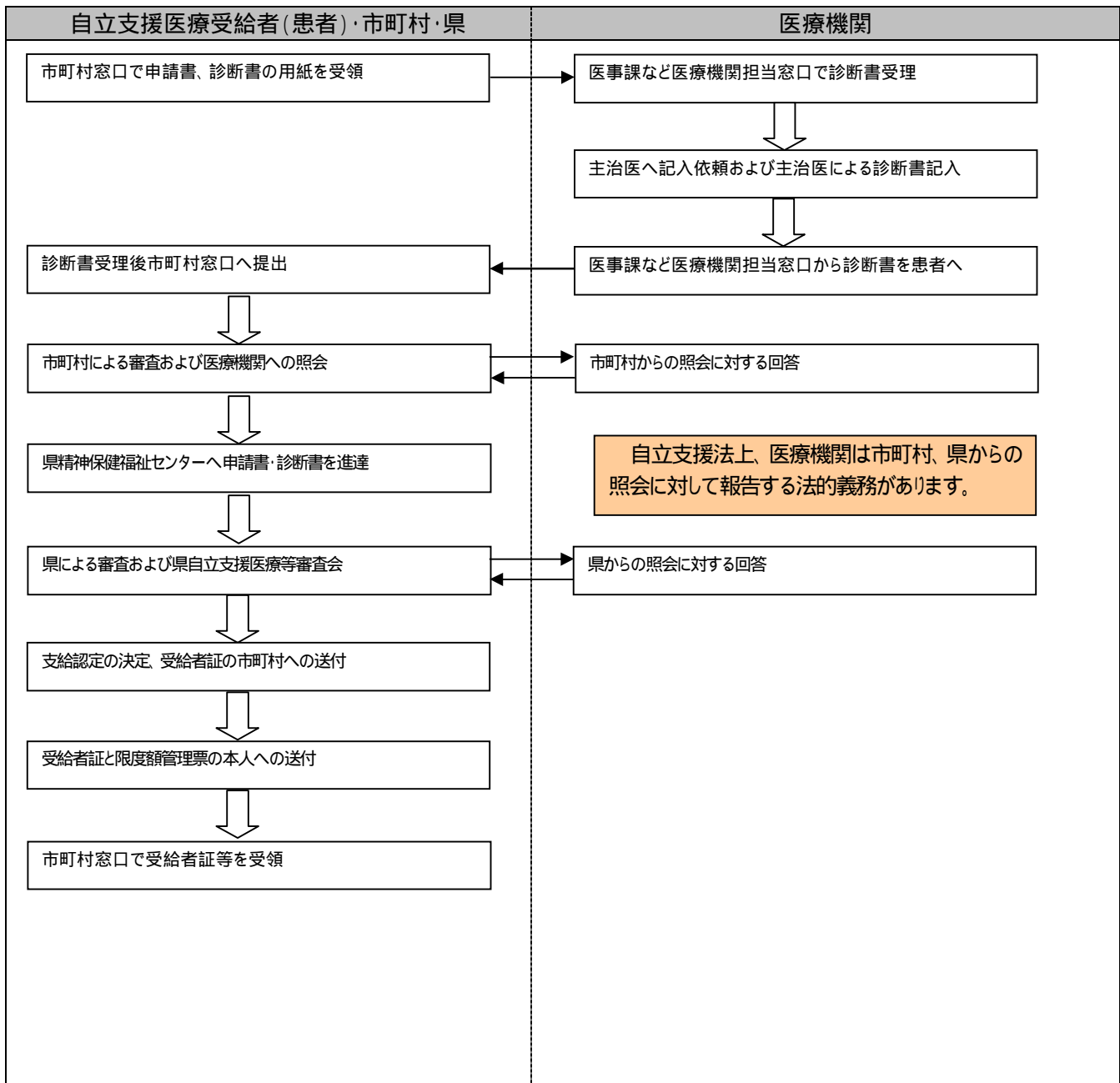
自立支援医療費用診断書（精神通院）

氏名	〔受診者名を記載してください。〕	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	男 ・ 女		
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。〕				
病名 (精神障害には状態像ではなく病名を記載し、ICDカテゴリーにはICD 10に準じF0～9、G4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〕) (2)従たる精神障害 () (3)身体合併症 ()	ICDカテゴリー (〔必ず記入してください〕) ICDカテゴリー ()	〔F4～9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ページのとおりです。〕		
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カテゴリーが、F0～F3またはG40であるもの () (2)主たる精神障害のICDカテゴリーが上記以外のもの				
発病から現在までの病歴(推定発病年月、精神科受診歴、てんかんの場合は最終発作年月と発作頻度等)	〔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。〕				
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 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・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 感情鈍麻	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・衝動行動	3 多動	4 食行動の異常	5 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 その他 ()		
(8)痙れん及び意識障害	1 痙れん	2 意識障害	3 その他 ()		
(9)精神作用物質の乱用及び依存	1 アルコール	2 覚せい剤	3 有機溶剤	4 その他 ()	
(10)知能障害	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	
(11)その他	()				
の病状・状態像等の具体的程度、症状等(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。) 〔 で選択した病状・状態像について具体的程度・症状を記載してください。てんかんの場合は発作の頻度、型、最終発作年月について記載してください。〕					
現在の治療内容 (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(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：×抗精神病薬 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)					
今後の治療方針 〔今後の治療目的とそのため的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。〕					
現在の精神保健福祉サービスの利用状況 障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介助(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等					
医師の略歴(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年以上精神医療に従事)					
() その他の医師 (精神医療従事歴 :)					
備考 〔精神障害の治療に伴い他の医療機関への追加受診を指示されている場合はその医療機関名・理由を記入してください。また、公費負担の対象外(以外)である合併症がある場合はここに記入してください。〕					
平成 年 月 日	医療機関所在地 名 称 電 話 番 号 医師氏名(自署または記名捺印)				

「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