

診 断 書 (精 神 通 院 医 療)

氏 名		年 月 日生(歳)	男・女
住 所			
病 名	主たる精神障害	病 名 ()	ICD カテゴリー ()
(ICD カテゴリーは、F0、F1等を記載してください。)	従たる精神障害	病 名 ()	ICD カテゴリー ()
	身体合併症		
発病から現在までの病歴	(推定発病時期 年 月ころ)		
(精神科受診歴その他参考となる事項を詳しく記載してください。)			
<p style="text-align: center;">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。)</p> <p style="text-align: center;">(該当する番号を 印で囲んでください。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 そう状態 (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・衝動行為 (3) 多動 (4) 食行動の異常 (5) その他() 7 神経症様症状 (1) 強度の不安・恐怖感 (2) 強迫体験 (3) 心気症 (4) 転換症状 (5) その他() 8 けいれん及び意識障害 (1) けいれん (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) 鎮静・催眠剤 (5) 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 11 身体症状 (1) 構語障害 (2) 失語・失行 (3) 麻ひ(ア 全 イ 片) (4) 失調 (5) 錐体外路症状 (6) その他() 12 その他 () 			

上記の病状、状態像等の具体的程度、症状等を詳しく記載してください。
(病名のICD カテゴリーが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。)

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(()内に薬剤数を記載してください。)
- (1) 抗精神病薬 () (2) 抗うつ薬 () (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 ()
()内の薬剤数が3以上の場合は薬剤名及び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 ()

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 []

現在の精神保健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 精神科デイ・ケア又はナイト・ケア 6 精神科訪問看護・指導 7 作業所
8 社会復帰施設((1) 入所 (2) 通所) 9 グループホーム 10 救護施設 11 地域生活支援センター
12 ホームヘルプサービス 13 その他()

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)