第25号様式

診断書(精神通院医療)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 年　　　月　　　日生(　　　　歳)　 |
| 住所 | 〒 |
| 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。 | 主たる精神障害 | 病名(　　　　　　　　　　　　　　　　　)ICDコード□□□.□ |
| 従たる精神障害 | 病名(　　　　　　　　　　　　　　　　　)ICDコード□□□.□ |
| 身体合併症 | 　 |
| 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。 | (推定発病時期　　年　　月ころ) |
| 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(　　　　　　　　　　)　　　　※( )内の薬剤数が**3種類**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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 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　共同生活介護(ケアホーム)　　7　自立訓練(生活訓練)8　共同生活援助(グループホーム)　　9　5～8以外の障害福祉サービス(　　　　　　　　　　)10　生活保護　　11　精神科デイ・ケア又はナイト・ケア　　12　精神科訪問看護・指導13　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 |