

⑥現在の医療の内容 ※ 精神通院医療の申請をしない場合は記載不要。

(1)現在の薬物療法(精神通院医療の対象となる薬剤のみ記載すること)

精神障害に対する処方(薬剤名、用量)

(2)精神療法等の内容 (該当項目に○をつけて、その内容・頻度、特記事項等を記載すること)

通院医療における精神療法等の内容	他医療機関での受療状況
下記1～5全体を含む1ヵ月当たりの通院日 (概ね 日/月)	※ 他機関で実施の場合医療機関名記載
1 精神療法(内容:) (頻度: 回/月)	
2 デイ・ケア等 (頻度: 回/月)	
3 通院集団精神療法 (頻度: 回/月)	
4 精神科作業療法 (頻度: 回/月)	
5 てんかん療養指導 (頻度: 回/月)	
精神科訪問看護 (頻度: 回/月)	

(3)今後の治療方針

⑦ 生活能力の状態 ※ 精神障害者保健福祉手帳の申請をしない場合は記載不要。

(1)日常生活能力の判定(該当する項目を一つ○で囲む)

※精神疾患以外による生活機能の制限は精神障害の程度の評価に加味することはできない。また、保護的環境でなく、単身生活を想定して判定すること。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。

項目	自発的にできる	自発的にできるが援助が必要	援助があればできる	できない
1 適切な食事摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 身の清潔保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 金銭管理と買物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 通院と服薬 (要・不要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 他人との意思伝達・対人関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 身の安全保持・危機対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 社会的手続や公共施設の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(2)日常生活能力の程度(該当する番号を一つ○で囲む)

- 1 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
- 2 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
- 3 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- 4 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
- 5 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。

(3)上記の具体的程度、状態等(就労・就学・家庭生活の状況等)

⑧ 備考

上記のとおり診断します。 診断書作成日 令和 年 月 日

病院又は診療所の名称

医療機関所在地

電話番号

診療科担当科名 医師氏名

高額治療継続者(重度かつ継続)に関する意見

自立支援医療の高額治療継続者の判断について ※ 高額治療継続者に該当する場合は記載してください。

※ ①欄の精神障害の病名のうち高額治療継続に該当する病名及びICD-10コードを記載すること。

高額治療継続者に該当する精神障害の病名: ICD-10コード(いずれか): F 、G40

上記病名のICD-10コードがF4～F9の場合、以下も記載すること。 ※ 3年以上の精神科医療の従事歴がわかるよう記載すること。

区分	精神科医療に従事した機関名・従事期間	主に診療した疾患圏
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医(番号:)		
<input type="checkbox"/> 精神科医	名称: 期間:	
<input type="checkbox"/> その他の医師	名称: 期間:	F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, G40

※ 必要がある場合には、この診断書の内容について照会することがあります。