※自立支援指定医療機関（精神通院）の登録がお済みになっていることをご確認下さい。

第１２号様式（第８条関係）

自立支援医療診断書（精神通院）

氏　　名	フリガナ	※年齢もご記載ください。 大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　歳）
住　　所	〒	

氏名・生年月日・住所は正確に記載してください。

病名と ICD コードは一致していますか。ICD コードは必ず記載してください。
なお、コードは３桁（F××、G××）で記載してください。

1　病名 (ICD コードは、F00～F99、G40 のいずれかを記載してください。)	（1）主たる精　　ICD コード （2）従たる精　　ICD コード （3）身 体 合 併 症 ※ICD コードは2ケタ以上（例 Ｆ＊＊）で記載してください。 （身体合併症欄は、精神疾患に起因する疾患のみご記載下さい。それ以外は8備考欄へご記載下さい。）

国際疾病分類に位置付けられる病名を記載してください。
「心因反応」「〇〇状態」などの表記は避けてください。

2　発病から現在までの病歴 （推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過等を記載してください。）	（推定発病時期　　年　　月頃、　初診日　　年　　月　　日） ※病歴、初診日を含めた受診歴を具体的にご記載ください。 ※入院中は申請できませんので、退院日及び通院事実をご確認ください。

推定発病時期、初診日は必ず記載してください。
入院中は申請できません。

精神科受診歴を含む、発病から現在までの病歴（発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容など）を、診断の根拠がわかるように詳細に記載してください。
継続（更新）申請の場合でも「前回と同じ」「不変」とせず、記載してください。

3　現在の病状、状態像等（該当する項目を〇で囲んでください。）

（1）抑うつ状態
　1思考・運動抑制　2易刺激性・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・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易怒性　3気分変動　4暴力・衝動行為　5常同行為　6多動
　7食行動の異常　8性行動の異常　9チック・汚言　10その他（　　）
（7）不安及び不穏状態
　1強度の不安・恐怖感　2精神運動不穏　3心身衰弱　4強迫体験　5心気症状
　6心的外傷に関連する症状　7解離・転換症状　8その他（　　）
（8）てんかん発作等（けいれん及び意識障害）（発作型は以下を参照して該当するものを
　1てんかん発作　発作型（イ・ロ・ハ・ニ）　頻度（　回／月・年）　最終発作（
　てんかん発作の型　イ：意識障害はないが、随意運動が失われる発作　ロ：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
　ハ：意識障害の有無を問わず、転倒する発作　ニ：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
　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（　　）

該当箇所に〇をつけてください。その他を選択された場合は、（　　）内も記入してください。

A4 版　２枚で提出される際には割り印を押してください。

提出先ごとに作成し、〇印をつけてください。　①東京都送付用　②区市町村控用　③医療機関控用

氏名（　　）

4　３の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等　（※現在の病状を日常生活への影響や診察時の様子をふまえて具体的にご記載ください。）

３で記載した症状等について、具体的に記載してください。

5　現在の治療内容

（１）投薬内容　（※診断名に対する薬剤名（商品名可）をご記載ください。）

薬剤名を薬品名か一般名で記載してください。（略語は不可）
投薬がない場合は「なし」を記載してください。

（２）精神療法等　（※「通院精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記載でなく、医学的観点から継続的な通院治療の必要性がわかるように診察時にどのような治療や指導がなされているのかをご記載ください。）

「通院精神療法」「支持的精神療法」等の簡単な記載でなく、医学的観点から具体的に内容を記載してください。

（３）訪問看護指示の有無（　有　・　無　）

訪問看護指示の（有・無）どちらかに〇をお付けください。

6　今後の治療方針　（※治療目標（症状、日常生活能力、社会適応等の面から記載）をふまえて、継続的に行っていく治療方法（薬物調整、外来通院頻度調整等を含む）をご記載ください。）

公費負担による治療継続の要否の判定です。「現在の治療を継続する」「外来継続」「薬物療法を継続する」等の簡単な記載でなく、治療目的とそのための手段、継続的な通院治療の必要性を具体的に記載してください。

7　現在の障害福祉サービスの利用状況
（該当する項目を〇で囲んでください。）
※(1)～(3)については障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定するサービスに限る
(1) 自立訓練（生活
(2) 共同生活援助（
(3) 居宅介護（ホー
(4) その他の障害福
(5) 訪問指導等
(6) なし

該当箇所に〇をつけてください。
該当する項目がなければ、「なし」に〇をつけてください。

8　備考

上記以外に判定に参考となる事項があれば、記載してください。

年　　月　　日

診断書作成日を記載してください。
診断書の有効期間は３か月以内です。

関コード

※7ケタの医療機関コードをご記入ください。

医療機関所在地

名　　称

電話番号

医師氏名
（自筆又は記名捺

必ず記載してください。医師氏名は自筆又は記名捺印が必要になります。

※主たる
療
くは

精神保健指定医の場合は、指定医番号を、指定医でない場合は、精神医療従事年数を記載してください。

精神保健指定医の証の番号：

精神医療従事年数：　　年

※　東京都で記載いたしますので、空欄のままでお願いいたします。

東京都記載欄：　自立支援医療対象　（該当・非該当）　高額治療継続者（重度かつ継続）　（該当・非該当）

備考（　　）

記載もれがないことを今一度ご確認のうえ、ご提出ください。