別紙様式第２－１号

佐賀県用

診　断　書（精神通院医療用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 大正・昭和・平成・令和  　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |  |
| 住　　所 |  | | |
| 1. 病名   （ICDコードは、F00～F99,G40のいずれかを記載） | 1. 主たる精神障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　ICDコード（　　　　　　　） 2. 従たる精神障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　ICDコード（　　　　　　　） 3. 身体合併症   主たる精神障害がICD・10におけるF0,F1,F2,F3,G40以外の場合は、  ※１重度かつ継続の有無のいずれかを○で囲み　　　　　　　　重度かつ継続（　　有　・　無　　）  ※２有の場合は、⑧備考 医師の略歴を記載すること。 | | |
| 1. 発病から現在までの病歴（推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載） | （推定発病時期　　　　　年　　　月頃） | | |
| 1. 現在の病状、状態像等（治療を中止したときに予想しうる状態を含み、該当する項目を○で囲む）   (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覚せい剤　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 審査医印  審査医印  （重度かつ継続） | | | |
| 1. ③の病状・状態像等の具体的な程度、症状、検査所見等 | | | |
| 1. 現在の治療内容   （１）投薬内容    （２）受診頻度　月平均　　　　回  （３）院内の精神療法等  １通院精神療法　２作業療法　３集団精神療法　４デイケア　５ 訪問看護　６その他（　　　　　　）７なし  （４）院外の精神訪問看護等の指示（　有　・　無　）　※訪問看護以外は、意見書等の添付が必要です。  　　　（４）有の場合　指示内容：　訪問看護・デイケア・その他（　　　　　　）  　　　（４）有の場合　施設名等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 1. 今後の治療方針 | | | |
| 1. 現在の障害福祉サービス等の利用状況   　（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）、共同生活介護（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、訪問指導等） | | | |
| ⑧ 備考  ※２医師の略歴（精神保健指定医である等、３年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載すること。）  　　（１）精神保健指定医　　　（指定医番号：　　　　　　　）  　　（２）その他 | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | |