



④ ③の病状・状態像の具体的程度、症状、検査所見等（脳波検査、知能検査他）

〔精神作用物質の乱用及び依存の場合：その脱却のため自ら通院医療を希望して ☐ いる ・ ☐ いない〕

⑤ 現在の治療内容

1. 投薬内容

2. 精神療法等

3. 訪問看護指示の有無 （ ☐ 有 ・ ☐ 無 ）

⑥ 今後の治療方針

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

☐ 障害者総合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） ☐ 居宅介護（ホームヘルプ） ☐ その他の障害福祉サービス

☐ 訪問指導 ☐ その他（ ） ☐ 利用なし

⑧ 「重度かつ継続」に関する意見

1 主たる精神障害（ICD-10 に準じ該当する項目にレ印を記入又は病名等を記載すること）

☐ 症状性を含む器質性精神障害（F0） ☐ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）

☐ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2） ☐ 気分障害（F3）

☐ てんかん（G40） ☐ その他（病名： ICDカテゴリー： ）

2 診断する医師の略歴（主たる精神障害が上記「その他」の場合のみ、該当する項目にレ印を記入又は記載すること）

☐ 精神保健指定医

☐ 精神保健指定医以外 ※下記に記載すること

精神医療従事期間 年 月 ※主たる精神障害が上記「その他」の場合は、3年以上の精神医療従事期間が必要

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関の名称

診療担当科名

医療機関所在地

電話番号

医師氏名