【様式６号】

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成・令和  年　　月　　日生（　　）歳 |  | ※  整理番号 | | | |
| 住　所 |  | | | ※  判定 | 適 | 否 | 保 |

|  |  |
| --- | --- |
| ◎主たる精神障害  　　ICD-10に準じ、左欄の該当する番号に○を付け、あわせて右欄に病名とICDコードを記載してください。  　　なお、ICDコードは文字数字コード３桁レベル以上（必要時に応じ４桁レベル）で記載してください。 | |
| １．症状性を含む器質性精神障害（F0） | 病名：　　　　　　　　　（F0 　.　 ） |
| ２．精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1） | 病名：　　　　　　　　　（F1 　.　 ） |
| ３．統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2） | 病名：　　　　　　　　　（F2 　.　 ） |
| ４．気分障害（F3） | 病名：　　　　　　　　　（F3 　.　 ） |
| ５．てんかん（G40） |  |
| ６．その他（F4～P9） | 病名　　　　　　　　（F 　.　 . ） |
| ◎従たる精神障害：病名（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　ICD-10（F 　.　 . ）  　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　ICD-10（F 　.　 . ） | |
| ◇現在の病状（継続的な医療の必要性が分かるよう記載してください。） | |
| ◇治療方針（計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載してください。）  　　１．薬物療法（薬剤名、用法、用量等）  　　２．精神療法等（該当する項目を○で囲み、その必要状況・実施計画等について記載してください。）  　　　　ア．精神通院療法　　イ．標準型精神分析療法　　ウ．通院集団精神療法　　エ．精神科デイケア  　　　　　オ．精神科訪問看護・指導　　カ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ※この欄は、「主たる精神障害」が「６．その他（F4～F9）」の場合のみ記載してください。  　◇診断する医師の略歴（該当する番号を○で囲んでください。）  　　１．精神保健指定医である  　　２．精神保健指定医でない  　　　　→精神医療従事歴（精神医療に３年以上従事した経験を有することが確認できるよう記載してください。） | |
|  | |
| 上記のとおり診断します。  　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診 療 科 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話 番 号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医 師 氏 名（自署または記名捺印） | |

注意　１．「現在の状況」、「治療方針」についても必ず記載してください。

　　　２．※の欄は記入しないでください。