# 「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

| 氏 名 | | 男・女 | 年　月　日生（　）歳 |
|---|---|---|---|
| 住 所 | | | |

| ※ 整理番号 | | | |
|---|---|---|---|
| ※ 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 コードを記載して下さい。なお、ICD コードは文字数字コード3桁レベル以上(必要に応じ4桁レベル)で記載して下さい。） |
|---|---|
| 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 ～ F9） | 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に記載して下さい）

◇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下さい）

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下さい）

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下さい。

◇診断する医師の略歴（該当する番号を○で囲んで下さい）

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に記載して下さい。）

（　　）

上記のとおり診断します。

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．「現在の病状」「治療方針」についても必ず記載して下さい

2．※の欄は記入しないで下さい