「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

１．自立支援医療用の診断書を提出される場合は、本書は不要です。
２．精神障害者保健福祉手帳用の診断書を使用して自立支援医療も同時に申請される場合は、精神障害者保健福祉手帳用の診断書（項目⑩及び⑪欄）にご記載いただくことで、本書は不要になります。
３．「重度かつ継続」に非該当の方が「重度かつ継続」を追加申請する場合（所得区分が一定所得以下の場合は不要）に添付してください。

受診者 氏　名		生年月日	大正　・　昭和　・　平成　・令和 年　　月　　日
住　所	奈良県		

① 主たる精神障害（受診者の病名について、該当する項目を〇で囲んでください。）

ＩＣＤコードは、Ｆ００からＦ９９、Ｇ４０等、第３桁以上を記載してください。

１	症状性を含む器質性精神障害	ＩＣＤコード（　　）
２	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	ＩＣＤコード（　　）
３	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	ＩＣＤコード（　　）
４	気分障害	ＩＣＤコード（　　）
５	てんかん	ＩＣＤコード（　　）
６	その他：病名（　　）	ＩＣＤコード（　　）

「主たる精神障害」が「６　その他」の場合のみ②欄も記載してください。

② 以下について、該当する項目を〇で囲んでください。

精神医療に３年以上従事した経験の有無

１．有り　　２．無し

有りの場合、該当する下記項目を〇で囲んでください

１．精神保健指定医　　２．精神科医（3年以上精神医療に従事）　　３．その他の医師

年　　月　　日

医療機関名　称

所在地

医療機関コード

自立支援医療（精神通院）
指定医療機関指定年月日　　年　　月　　日

医師氏名（自署又は記名押印）　　㊞

2020.07