

# 診断書(精神通院医療用)等 記載要領

## <診断書(精神通院医療用)について>

※ 本診断書は、A 4 両面により提出してください。A 4 片面 2 枚、A 3 見開きでも結構です。  
ただし、A 4 用紙 2 枚に分かれる場合は、両方に必ず受診者氏名を記載してください。

### ①病 名 について

#### (1) 主たる精神障害

自立支援医療(精神通院医療)の対象となるのは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 5 条に規定する精神障害者又はてんかんを有する者で、精神通院医療の対象となる障害は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第 6 条の 19 に定めるとおり通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害(てんかんを含む。)のある方とされています。その点を踏まえ、下記のような表記は極力避けて「病名」をひとつだけ記入してください。ICDコードについては、アルファベットを含む第 3 桁以上で記載してください。対象となる範囲は、F 0 0 ~ F 9 9 および G 4 0 です。(例えば F 3 3 や F 2 0 等)

避けて頂きたい病名……「心因反応」「抑うつ状態」など。

#### (2) 従たる精神障害

その他の精神障害がある場合はご記入ください。

こちらも対象となる範囲は、F 0 0 ~ F 9 9 および G 4 0 です。

### ②「発病から現在までの病歴」

「主たる精神障害」に関することを中心に、推定発病時期、発病時の症状、精神科受診歴などを含む発病から現在までの病歴や、治療の経過・内容等その他参考になる事項について、該当する精神障害の特徴的なエピソードや治療歴をできるだけ分かりやすく簡潔に記載してください。

なお、自立支援医療を申請する精神障害に関するものであれば、内科や小児科、脳神経外科などの受診歴も含まれます。

また、入院中に申請される方は、退院予定年月日をご記載ください。

### ③「現在の病状、状態像等」

この欄には、診断書記載時点のみでなく、治療を中断した場合、今後 1 年以内に出現する可能性のあるものも含めてチェックをしてください。「その他」に該当する場合は、その内容を( )内に具体的にご記入ください。特に「主たる精神障害」に関する症状についての具体的項目にチェックがあるか確認してください。

「てんかん」の場合、(8) てんかんの項目の発作型および頻度についてご記載ください。

「精神作用物質」の場合、作用物質名および現在の使用等(ア.乱用 イ.依存 ウ.残遺性・遅発性精神病性障害 エ.その他( ))についても必ず記載してください。

「知的障害(精神遅滞)」の場合、①病名に記載した ICDコードと合致する項目にチェックをお願いします。 F 7 0 (ア.軽度) F 7 1 (イ.中等度) F 7 2 (ウ.重度)

### ④「③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等」

③欄に該当する状態像及び症状について、疾患(機能障害)の状態を具体的に記載してください。また、精神科通院医療を必要とする症状や状態の程度等も具体的に記載してください。

(10) 知能・記憶・学習等の障害の「1. 知的障害」及び「2. 認知症」については、易怒性、気分変動などの情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動の障害を伴い、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合に自立支援医療費(精神通院医療)の対象になります。

⑤「現在の治療内容」

該当する項目を○で囲んでください。

また、入院中に申請される場合は、通院することを想定した内容を記載してください。

該当するものが無い場合（投薬なし等の場合）は、その旨を「その他」に記載してください。

訪問看護事業者等を申請される場合は、訪問看護の指示の有無について必ずチェックをお願いします。

⑥「今後の治療方針」

自立支援医療費（精神通院医療）による治療継続の適否の判定のために「継続的な通院による精神療法や薬物療法等を必要とする」ことが明確となるような内容の記載をお願いします。

⑦「現在の障害福祉サービス等の利用状況」

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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等、訪問指導等についての利用の状況について、利用の開始時期、頻度等について記載してください。

⑧「重度かつ継続に関する意見」

「重度かつ継続」の要件は、以下のとおりです。

1 主たる精神障害がICDコードのF00～F39及びG40に該当する者。

2 上記1に該当しない（ICDコードがF40～F99）場合は、3年以上の精神医療の経験を有する医師により、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態を示すことから、入院によらない計画的かつ集中的な精神医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む）を継続的に要すると判断された者。

「1. 該当 2. 非該当」については、ICDコードが「F40～F99」以外に該当する場合（F00～F39の場合）も必ずチェックをお願いします。

ICDコードがF40～F99の場合は、3年以上の精神医療の経験の有無欄および「1. 有り」の場合の医師のチェック欄についても必ずチェックをお願いします。

⑨「備考」

①～⑧欄の記載事項の他に参考になると思われることがあれば、本欄に記載してください。

◆ 医療機関名称等

電話番号、自立支援医療指定医療機関指定年月日、医療機関コード等の記載漏れがないようにしてください。

自立支援医療指定医療機関指定年月日は、当初に指定を受けた年月日を記載してください。

医師氏名については、自署又は記名押印をしてください。

<「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）について>

この様式は、変更申請で「重度かつ継続」の追加を申請する場合にご記載ください。

<複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）について>

この様式は、支給認定申請及び変更申請により複数医療機関の指定を希望する場合、診断書作成医療機関（主医療機関）において作成し、提出するものです。様式にそって具体的にご記載ください。また、現在受診している医療機関と別の医療機関に依頼する内容とともに別の医療機関への転院ではなく、診断書作成医療機関（主医療機関）と別の医療機関との両方を受診しなければならない理由も併せてご記載ください。