受診者氏名		診断書がＡ４用紙２枚になる場合は、左欄に受診者氏名を記載してください。

④　③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

⑤　現在の治療内容　（該当する項目を〇で囲んでください。）

１　投薬内容
- １．抗精神病薬　２．抗不安薬　３．抗うつ薬
- ４．抗躁薬　５．抗てんかん薬　６．睡眠薬
- ７．その他（　　）

２　精神療法等
- １．通院精神療法　２．標準型精神分析法　３．通院集団精神療法
- ４．ショートケア　５．デイケア　６．ナイトケア
- ７．デイ・ナイトケア　８．その他（　　）

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）

⑧　重度かつ継続に関する意見　（該当する項目を必ず〇で囲んでください）
１．該当　２．非該当（申請しない場合も含みます）
精神医療に３年以上従事した経験の有無（主たる精神障害がF40～F99の場合に記載してください。）
１．有り　２．無し
「１．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

⑨　備考

上記のとおり診断します。
年　月　日
医療機関名　称
所 在 地
医療機関コード
電話番号
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

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。

⑤「現在の治療内容」

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」

〇　「重度かつ継続」の要件とは

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。

〇　「１．該当　２．非該当」について

ICDコードが「F40～F99」以外に該当する場合も全てチェックを願います。

〇ICDコードがF40～F99の場合

- 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。
- 「重度かつ継続」に該当と判断した医師が、精神医療の経験が３年未満の場合、経験医と連名で診断をお願いします。

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、医師氏名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。