

自立支援医療費（精神通院医療）の診断書の記入に当たって留意すべき事項

① 病名

「主たる精神障害」「従たる精神障害」には、自立支援医療（精神通院医療）制度が適応されうる病名を記載し、病名に対応するICDコード（F00～F99、G40のいずれかを英字1桁と数字2桁もしくは3桁）を併記してください。

注 病名は、「〇〇状態」や「疑い状態」等の「状態名、症状名等の記載は避けて確定診断でお願いします。

② 発病から現在までの病歴

これまでの病歴や治療経過のほか、治療歴（医療機関名、治療期間、入院・通院の別、転帰）について記載してください。

③ 現在の病状、状態像等

現在の病状、状態像等に該当する項目及び、治療を中止した時に予想しうる状態について○で囲んでください

また、②欄「発病から現在までの病歴」④欄「③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」と整合性のある内容としてください。

④ 上記③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

③欄に○で囲まれた事項について、具体的症状、その程度、エピソードの頻度、症状に関連した生活能力障害についての情報（生活障害については、例えば、家事、外出、余暇などの支障等、就労状況については、例えば、休職中、遅刻早退などの勤務状況や対人面での支障等）を記載してください。

注1 ①欄の主たる精神障害が、「不安障害」「強迫性障害」「適応障害」「解離性障害」「身体表現性障害」などICD-カテゴリー「F4」の場合には、生活能力障害の程度や内容が判定に必要ですので必ず記載してください。

注2 ③欄に記入されたすべての事項について記入する必要はありませんが、主たる精神障害の中核となる症状について記載をしてください。

⑤ 現在の治療内容(該当する番号を○印で囲んでください。)

- ・「1 投薬治療」には、**現在処方している薬剤の番号を○で囲み、（ ）内に薬剤数を記載してください。また、（ ）内の薬剤数が3種類以上の場合、薬剤名及び処方した理由を記載してください。**
- ・「(9) その他」に記載がある場合は、（ ）内に薬剤名を記載してください。

注 経過観察のみ等、継続した精神医療（投薬治療、精神療法等）が行われていない場合は対象外となる場合があります。

⑧ 備考

①～⑦の記載事項の他に支給認定の総合判定に参考になるとと思われることがあれば記載してください。