

「重度かつ継続」に関する意見書

患者氏名		性別	
住 所		年齢	

主たる精神障がい (ICD-10に準じ、該当する番号に○を付け又は記載すること。)

- 1 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
- 2 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)
- 3 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
- 4 気分障害 (F3)
- 5 てんかん (G40)
- 6 その他の精神障害

「主たる精神障がい」が上記6の場合のみ下記についても記載すること。

主たる精神障がい : 病名 _____ (ICD-10:F _____)	精神保健福祉手帳と同時申請の場合は記入不要
従たる精神障がい : 病名 _____ (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すること。)	
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すること)	
薬物療法	
精神療法等	

医師の略歴 (3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載すること)

精神保健指定医

精神保健指定医でない (下記に精神医療従事歴を記載)

精神科: 年 月～ 年 月勤務

その他: 年 月～ 年 月勤務 主に診察した疾患名 _____

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

(医療機関名)

(電話番号)

(医師氏名)

※ 「重度かつ継続」の判定のみ必要な場合に使用すること。

① 患者票の有効期限が平成19年4月1日から平成20年3月末日までの方で、重度かつ継続に該当する場合

② 精神障害者保健福祉手帳と同時に申請する方(手帳用の診断書が必要です)で、重度かつ継続に該当する場合 (②の場合、太枠は記入不要)

「重度かつ継続」の要件

- ① 主たる精神障害がICD-10コードのF0～F3及びG40に該当すること。
- ② 上記①に該当しない(ICD-10コードがF4～F9)場合、以下のA、B両方に該当すること。
 - A: 「現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、消長を繰り返し、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること(予防も含む)。
 - B: 「治療方針」において、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること
 - ※1「計画的であること」＝中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。
 - ※2「集中的であること」＝単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。