

別紙 3

中枢神経系（脳）の非器質性精神障害に関する意見書（医療機関用）

- 1 精神症状が残存する原因となった疾病名
()
- 2 初診年月日及び発症年月日
(初診年月日：昭・平 年 月 日、発症年月日：昭・平 年 月 日)
- 3 上記 1 の疾病が治ゆ（症状固定を含む。以下同じ。）した年月日
(昭・平 年 月 日)
- 4 初診時の主訴及び症状
- 5 精神症状の持続期間
- 6 主な治療方法及び投薬内容
- 7 初診時の病像、病態と治ゆ時の病像、病態の変化の状況
- 8 その他の特記事項（精神症状と関係があると考えられる個体的・生活的要因、その他参考となる事項があれば、その内容を具体的に記入して下さい。）
- 9 精神症状の状態
 - (1) 抑うつ状態の有無（有・無）
(有の場合は、憂うつ気分、思考制止、行動の制止、自殺念慮等の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。)

(2) 躁状態の有無（有・無）

（有の場合は、爽快気分、易怒性、行為心迫、観念奔逸、誇大性等の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。）

(3) 不安の状態の有無（有・無）

（有の場合は、恐怖、強迫、不安、焦燥感等の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。）

(4) 身体表現性症状・解離症状の有無（有・無）

（有の場合は、身体愁訴、疾病恐怖、解離症状、転換症状等の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。）

(5) 意欲低下の状態の有無（有・無）

（有の場合は、自発性の低下、興味の喪失等の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。）

(6) 慢性化した幻覚・妄想性のある状態の有無（有・無）

（有の場合は、幻覚、妄想、思考障害、奇異な行為等の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。）

(7) 記憶又は知的能力の障害の有無（有・無）

（有の場合は、記憶障害、知的能力障害について軽度、中等度、重度の症度別の状態について記入して下さい。）

(8) その他の障害の有無（有・無）

（有の場合は、侵入、回避、過覚醒、感情麻痺等の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。）

10 勤労意欲の低下等の有無（有・無）

（有の場合は、意欲の低下、欠落の状態について、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。）

11 能力低下の状態について

次の項目の能力の状態が、「適切にできる」又は「概ねできる」場合以外の「助言・援助が必要」又は「できない」状態であるときは、その程度及び状態を具体的に記入して下さい。

(1) 身辺日常生活

(2) 仕事、生活に積極性・関心を持つこと

(3) 通勤、勤務時間の遵守

(4) 普通の作業を持続すること

(5) 他人との意思伝達

(6) 対人関係、協調性

(7) 身の安全保持、危機の回避

(8) 困難、失敗への対応

12 検査結果等の所見

(1) 作業能力テスト、ロールシャッハテスト等の検査の結果

(2) その他の検査の結果

(3) アフターケアの要否、内容、期間等について

医療機関名 _____ 作成年月日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

所在地 _____ 診療科名 _____

医師氏名 _____ ⑩