

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： 年 月 日、発症年月日： 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

（ 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 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

所在地 \_\_\_\_\_ 診療科名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

(自署又は押印)