

「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)

(自立支援医療(精神通院医療)用)

| | |
|------|----|
| 患者氏名 | |
| 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がい (F0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障がい (F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障がい及び妄想性障がい (F2)
- ④ 気分障がい (F3)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他： (F)

「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

医師の略歴 (精神保健指定医である等 3 年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。)

| | |
|----------------|-------|
| 医療機関の名称 | 年 月 日 |
| 診療担当科名 | |
| 医師氏名(自署又は記名押印) | |