「重度かつ継続」に関する意見書

患者氏名	年齢
住所	

主たる精神障害(ICD-10 に準じ該当する番号に〇をつ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 : (F)

「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。

従たる精神障害
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 (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。)

上記のとおり診断します。

年 月 日 (医療機関名)

(電話番号)

(医師氏名)