

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

患者氏名		性 別	男 ・ 女
住 所		生年月日	年 月 日 年齢 歳

主たる精神障害（ICD-10に準じ該当する□にチェックし、病名とICDコードの3桁目を記載すること）

①症状性を含む器質性精神障害（病名：_____ F 0 □）

②精神作用物質使用による精神及び行動の障害（病名：_____ F 1 □）

③統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（病名：_____ F 2 □）

④気分障害（病名：_____ F 3 □）

⑤てんかん（G 4 0）

⑥その他（病名：_____ ICD-10: _____）

平成 年 月 日

医療機関名：
電話番号：
医師氏名：
（自署又は記名押印）

医師の略歴
（主病名が上記⑥の場合のみ、精神保健指定医である等3年以上の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。）

精神保健指定医

精神科医：臨床経験3年以上

その他の医師（3年以上の精神医療に従事した経歴等を以下に記載して下さい）

必要な事項については空欄が無いように、すべて記載してください。
なお、審査判定上必要があるときは、この意見書の内容について医療機関に照会をすることがあります。

※下記の枠内は記入しないで下さい。

<h3 style="margin: 0;">重度かつ継続</h3> <p style="margin: 5px 0 0 0;">該当 非該当 保留</p>
--