**｢重度かつ継続｣に関する意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）患者氏名 |  | 生年月日 | 明・大昭・平　 　　 年　　月　　日生（　　　歳）令 |
|  |
| 住　　所 |  |

|  |
| --- |
| 主たる精神障がい（ICD-10に準じ該当する番号に○をつ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：　　　　　　　　　　　　　ICDｺｰﾄﾞ（　　　　　）　 |

**治療方針（薬物療法・精神療法等）等**

|  |
| --- |
|  |

**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　　　□ ３年以上精神医療に従事した経験がある |

　　　　年　　　月　　　日

医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名

名称　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

電話番号