

## 「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 令	年	月	日生 ( 歳)
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コード ( )

### 治療方針 (薬物療法・精神療法等) 等

--

### 主たる精神障がい上記⑥の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医	<input type="checkbox"/> 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  
名 称  
電 話 番 号

診療担当科名  
医 師 氏 名