

要否意見書はA3版用紙に変更になります

世帯員番号

※受理年月日

生年月日

住所

印

年 月 日

年 月 日

### 3 身体合併症

新規の場合、性格、特徴等の記載とあわせて、他診療所及び他病院での受診歴も聴取し、必ず記載。  
生活歴及び現病歴を別紙に記載し、添付することも可。

(陳述者氏名 続柄 )

年 月 日 ~ 年 月 日  
年 月 日 ~ 年 月 日

計 回

## 特記事項

I	1回	II	2回	III	3回以上	IV	なし
---	----	----	----	-----	------	----	----

Ⅲ 院外外出許可(単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)

穩 3焦燥・激越 4精神運動制止  
7睡眠障害 8食欲障害又は体重減少

II 躁状態  
1高揚気分 2多弁・多動 3行為心迫 4思考奔逸 5易怒性・被刺 激性亢進  
6誇大性  
7その他( )

1幻覚 2妄想 3させられ体験 4思考形式の障害 5奇異な行為  
6その他( )

現在の病状又は状態像

Ⅹ その他  
 A性心理的障害 1フェティシズム 2サド・マゾヒズム 3小児愛  
 4その他( )  
 B薬物依存 1覚醒剤 2有機溶剤 3睡眠薬 4その他( )  
 Cアルコール症  
 Dその他( )  
 ( )

Ⅱ その他の問題

原則記載不要(福祉事務所から特段の求めがあった場合に限って記載)  
※福祉事務所が求めを行う場合は、電話連絡または書面連絡で行う

概 算 医 療 費

用

要否選択と医療の要否を  
判断した日を記載

年 月 日

院（所）長（担当医師）

1.承認 2.不承認 3.本庁協議  
期間(月) 1 2 3 4 5  
(詳細意見)

### ※審議会の判定

4 概算医療費については、診療開始後6か月に限り、「概算医療費」欄の「1 今回診療日以降1か月間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を「2 第2か月日以降6か月目まで」に、1か月を超えて診察を必要と認めるものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。