

## 「重度かつ継続」に関する意見書

(ふりがな) 受診者氏名		明治・大正・昭和・平成	男・女
		年 月 日生 ( 歳)	
住 所			

主たる精神障害 (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害 (F00~09)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F10~19)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F20~29)
- ④ 気分障害 (F30~39)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他 : \_\_\_\_\_ ICD カテゴリー ( )

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

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  
名      称  
電 話 番 号

診療担当科名  
医 師 氏 名