月分

交付番号

所長	係長	担当者	医療係

精神科医療要否意見書

	※受理年月日	年　月　日

（氏名）　　（住所）

（男・女）（　歳）に係わる医療の要否について意見を求めます。

年　月　日

院（所）長　様　　大分県西部保健所地域福祉室長

病名		発病年月日	年　月　日	転帰	年　月　日		
従たる精神障害		発病年月日	年　月　日	継続のとき記入	治ゆ	死亡	中止
身体合併症		発病年月日	年　月　日				

過去６ヶ月間の病状又は状態像の変化の概要	Ⅰ．悪化傾向　Ⅱ．動揺傾向　Ⅲ．不変　Ⅳ．改善傾向
	特記事項

現在の病状又は状態像		
	Ⅰ.抑うつ状態	1.抑うつ気分 2.内的不穏 3.焦燥・激越 4.精神運動静止 5.罪責感 6.自殺念慮 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
	Ⅲ.幻覚妄想状態	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
	Ⅳ.精神運動興奮状態	1.滅裂思考 2.硬い表情・姿勢 3.興奮状態
	Ⅴ.昏迷状態	1.無言 2.無動・無反応 3.拒絶・拒食
	Ⅵ.意識障害	1.意識混濁 2.(夜間)せん妄 3.もうろう
	Ⅶ.知能障害	A.精神遅滞 1.軽度 2.中程度 3.重度
		B.認知症 1.全体的 2.まだら(島状) 3.仮性
	Ⅷ.人格障害・人格の病的状態	A.人格障害 1.妄想性 2.衝動性 3.演技性 4.回避性
		B.残遺性人格変化 1.欠陥状態 2.無関心 3.無為
	Ⅸ.その他	A.性心理的障害 1.ﾌｪﾃｨｼｽﾞﾑ 2.ｻﾄﾞ・ﾏｿﾞﾋｽﾞﾑ 3.小児愛
		B.薬物依存 1.覚醒剤 2.有機溶剤 3.睡眠薬
		C.アルコール症

地域福祉室への連絡事項

治療見込期間			概算医療費	今回診療日以降１カ月間	２カ月目以降６カ月目まで	就労の可能性について　1.可能 2.不可能 3.未定
入院外		カ月　日間		円	円	
入院	期間	カ月　日間		(入院料)　円	(入院料)　円	
	予定	年　月　日				

上記のとおり（１入院外　２入院）医療を（１要する　２要しない）と認めます。

大分県西部保健所地域福祉室長 殿　　年　月　日

指定医療機関の所在地及び名称

院（所）　長

担当医師

※嘱託医の意見	承認		不承認		保留		その他	

（切取線）

※ 発行年月日	年　月　日
※ 受理年月日	年　月　日

診察料・検査料請求書

年　月　日

大分県西部保健所地域福祉室長 殿

下記のとおり請求します。

指定医療機関の所在地及び名称

院（所）　長

担当医師

この券による診察年月日	年　月　日	※受診者氏名	（　歳）

請求額					
	診察料	初・再　点・円	（検査名）		
	検診料	点・円			
	診断書料	点・円			
	料	点・円			
	合計	点・円	※社保等負担額　円	差引計　円	