

「重度かつ継続」に関する意見書

この意見書は、市町村民税課税「世帯」の受診者が、一定の精神障害である場合に、「重度かつ継続」の適用により、自立支援医療（精神通院公費）制度における自己負担上限額の設定を希望される際に、診断書に加えて必要となるものです。

受診者氏名		性別	男・女
住 所		年齢	

① 主たる精神障害（ICD-10に準じ、該当する番号に○を付け又は記載ください）

- | | | | |
|---|------|-----------------------|--|
| 1 | F0 | 症状性を含む器質性精神障害 | |
| 2 | F1 | 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 | |
| 3 | F2 | 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | |
| 4 | F3 | 気分障害 | |
| 5 | G40 | てんかん | |
| 6 | (F) | その他 () | |

② 上記①が「6 その他」である場合のみ、以下について記載ください。

治療方針

計画的・集中的な治療（状態の維持・悪化の予防を含む）を継続する必要性を含めて記載ください

（1）薬物療法

（2）精神療法等

医師の略歴

（精神保健指定医（指定医番号を記載ください）である等、3年以上精神医療に従事した経験を有する旨を記載）

令和 年 月 日

医療機関名：

電話番号：_____

医師氏名：_____