


「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）

（自立支援医療用の診断書を提出される場合は、本書は不要です。）

受診者 氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住 所	奈良県北葛城郡広陵町	性別	男・女
<p style="text-align: center;">主たる精神障害（受診者の病名について、該当する項目を で囲んでください。）</p> <p>1 症状性を含む器質性精神障害（F0）</p> <p>2 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）</p> <p>3 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）</p> <p>4 気分障害（F3）</p> <p>5 てんかん（G40）</p> <p>6 その他： （ F ）</p>			

「主たる精神障害」が上記6の場合のみ記載してください。

<p style="text-align: center;">精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験 （該当する項目を で囲んでください。）</p> <p>1 精神保健指定医</p> <p>2 精神科医（3年以上精神医療に従事）</p> <p>3 その他の医師</p>

<p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師氏名（自署又は記名押印）</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>
