|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  非器質性精神障害にかかる所見について(既往歴用)患 者 名 |  | 明治・大正昭和・平成令和 | 年 　　　　月　 　　　日生 |
| ICD-10に基づく診断名 |  | 発症時期 | 昭和･平成・令和　　年　　月　　日 |
| 受診期間（受傷前） | 自　昭和・平成・令和　　年　　月　　日至　昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | （入院期間）自　昭和･平成・令和　　年　　月　　日至　昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | 通院日数（受傷前） | 日 |
| ①症 状 と 治 療 の 経 過（ 受 傷 前 ） | 発症から貴院初診、そして平成　　年　　月　　日の本件事故受傷までの症状・治療経過について、投薬内容を含み、できるだけ詳しくご教示下さい。 |
| 検査所見（心理検査等）※WAIS－Rなどの各種検査結果があれば、その写しも添付下さい。 |
| ②　受 傷 前 最 終 時 の 症 状（平成　　 　年　　 　月　　　 日　時点） | 受 傷 前 最 終 時 の 症 状（該当する数字に○を付けて下さい） | 左記の症状について、具体的に記載して下さい |
| Ⅰ　抑うつ状態　１　抑うつ気分　　２　思考制止　　３　行動制止　４　自殺念慮　　　５　自殺企図　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | ※左記の具体的症状について記載していただくとともに、左記項目に当てはまらない症状があった場合には、その症状についても記載して下さい。書ききれない場合には④その他欄に記載して下さい。 |
| Ⅱ　躁状態　１　爽快気分　　　２　易怒性　　　３　行為心迫　４　観念奔逸　　　５　誇大性　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ⅲ　不安状態　１　不安・焦燥　　　２　恐怖症状　　　３　強迫症状　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ⅳ　ストレス反応症状　１　侵入的回想　　　２　回避　　　３　感情の鈍化　４　過覚醒　　５　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| Ⅴ　身体表現性症状・解離（転換）症状　１　身体症状へのとらわれ･訴え　　２　疾病恐怖　３　解離（転換）症状　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ⅵ　幻覚妄想状態　１　幻覚　　　２　妄想　　　３　思考過程の障害　４　著しい奇異な行為　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Ⅶ　その他　１　不眠　　　２　記憶障害　　３　知的能力の障害　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ③　② 時 点（受 傷 前 最 終 時） の 能 力 低 下 の 状 態 | 受傷前最終時の能力低下の状態（該当するもの一つに○を付けて下さい） | 左記の状態について、具体的に記載して下さい既往歴用 |
| Ⅰ　適切な食事摂取・身辺の清潔保持（注）本人の一人暮らしを想定して記入して下さい。　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない | ※就労状況、家庭での生活状況、日常生活での状況などについて、できるだけ詳しく記載して下さい（具体的なエピソードなどあればあわせて記載して下さい）。 |
| Ⅱ　仕事､生活､家庭に関心･興味を持つこと　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない |
| Ⅲ　仕事､生活､家庭で時間を守ることができる　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない |
| Ⅳ　仕事､家庭において作業を持続することができる　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない |
| Ⅴ　仕事､生活､家庭における他人との意思伝達　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない |
| Ⅵ　仕事､生活､家庭における対人関係・協調性　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない |
| Ⅶ　屋外での身辺の安全保持・危機対応　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない |
| Ⅷ　仕事､生活､家庭における困難・失敗への対応　1 適切又は概ねできる　　　　　　2 時々助言・援助が必要　3 ひんぱんに助言・援助が必要　　4 できない |
| ④　そ の 他 | 特記すべき事項があれば、ご教示下さい。 |

令和　 　　　年　　　 　月　　　 　日

　　　　　　　医療機関

　　　　　　　診療科名

　　　　　　　住　　所

　　　　　　医 師 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印