

診断書(自立支援医療 精神通院医療用)チェックシート【医療機関用】

<input type="checkbox"/>	①欄 主たる精神障害に病名が一つだけ記載されていますか（『状態像』、『略称』、『日本語以外の標記』は不可）
<input type="checkbox"/>	①欄 ICDコードはF00～F99またはG40で記載されていますか
<input type="checkbox"/>	①欄 ICDコードは英字1桁と数字2桁もしくは3桁で記載されていますか
<input type="checkbox"/>	②欄 推定発病年月・受診歴が記載されていますか
<input type="checkbox"/>	③欄 病状、状態像等の具体的項目（1・2・3・ア・イ・ウ等）に○印がありますか
<input type="checkbox"/>	③欄 診断名が「てんかん」の場合、項目8の発作についての記載がありますか
<input type="checkbox"/>	⑤欄 項目1～4のいずれかに○印がありますか
<input type="checkbox"/>	⑤欄1 薬剤数が3種類以上の場合、薬剤名の記載、処方理由の記載がありますか
<input type="checkbox"/>	⑥欄 該当箇所に○印がありますか
<input type="checkbox"/>	⑦欄 該当箇所に○印がありますか
<input type="checkbox"/>	診断書作成年月日は正しく記載されていますか
<input type="checkbox"/>	医療機関名、住所等記載されていますか
<input type="checkbox"/>	医師名が記載されていますか（自署でない場合、押印されていますか）
<input type="checkbox"/>	訂正箇所に訂正印がありますか