

新規・更新・等級変更 (該当する項目を○で囲んでください。)

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
------------	--	------	------------

住所	
----	--

① 病名(ICD コードは、下記の病名と対応する F00 から F99 まで又は G40 のいずれかを記載してください。)

- (1) 主たる精神障害 _____ ICD コード (_____)
- (2) 従たる精神障害 _____ ICD コード (_____)
- (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳(有・無、種別 _____ 級)

② 発病から現在までの病歴並びに治療の経過、内容(発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載する。)

③ (推定発病時期 _____ 年 _____ 月頃)

※器質性精神障害(認知症を除く。)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日
(疾患名 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	年 _____ 月 _____ 日
	診断書作成医療機関の初診年月日	年 _____ 月 _____ 日

(※本診断書に係る申請には主たる精神障害の初診年月日より6カ月以上の経過が必要)

③ 治療歴

医療機関名	治療期間(年・月)入院・外来	医療機関名	治療期間(年・月)入院・外来
	・ ~ ・ 入・外		・ ~ ・ 入・外
	・ ~ ・ 入・外		・ ~ ・ 入・外
	・ ~ ・ 入・外		・ ~ ・ 入・外

④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲んでください。)

- (1) 抑鬱状態 ①思考・運動抑制 ②易刺激性・興奮 ③憂鬱気分 ④その他 (_____)
- (2) そう状態 ①行為心迫 ②多弁 ③感情高揚・易刺激性 ④その他 (_____)
- (3) 幻覚妄想状態 ①幻覚 ②妄想 ③その他 (_____)
- (4) 精神運動興奮及びこん迷の状態 ①興奮 ②こん迷 ③拒絶 ④その他 (_____)
- (5) 統合失調症等残遺状態 ①自閉 ②感情平板化 ③意欲の減退 ④その他 (_____)
- (6) 情動及び行動の障害 ①爆発性 ②暴力・衝動行為 ③多動 ④食行動の異常 ⑤チック・汚言
⑥その他 (_____)
- (7) 不安及び不穏 ①強度の不安・恐怖感 ②強迫体験 ③心的外傷に関連する症状 ④解離・転換症状
⑤その他 (_____)
- (8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) ①てんかん発作 過去2年間の頻度(_____ 回/月又は _____ 回/年)
発作区分 ア意識障害はないが、随意運動が失われる発作 イ意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
ウ意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
最終発作(_____ 年 _____ 月 _____ 日) ②意識障害 ③その他 (_____)
- (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合その期間 _____ 年 _____ 月から)
①アルコール ②覚せい剤 ③有機溶剤 ④その他 (_____)
ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エその他 (_____)
- (10) 知能・記憶・学習・注意の障害
①知的障害(精神遅滞) [ア軽度 イ中等度 ウ重度] 療育手帳(有・無、等級等 _____)
②認知症 [ア軽度 イ中等度 ウ重度] ③その他の記憶障害 (_____)
④学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 (_____)
⑤遂行機能障害 ⑥注意障害 ⑦その他 (_____)
- (11) 広汎性発達障害関連症状 ①相互的な社会関係の質的障害 ②コミュニケーションのパターンにおける質的障害
③限定した常同的で反復的な関心と活動 ④その他 (_____)
- (12) その他 (_____)

割印

㊞

割印

⑤ ④の病状・状態像の具体的程度・症状、検査所見等を記載してください。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態(保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)

1 現在の生活環境

入院・入所(施設名)・在宅(ア単身・イ家族等同居)・その他()

2 日常生活能力の判定(該当する箇所には○をしてください。)

	自発的にできる	自発的にできるが援助が必要	援助があればできる	できない
(1)適切な食事摂取				
(2)身の清潔保持・規則正しい生活				
	適切にできる	おおむねできるが援助が必要	援助があればできる	できない
(3)金銭管理と買い物				
(4)通院と服薬(要・不要)				
(5)他人との意思伝達・対人関係				
(6)身の安全保持・危機対応				
(7)社会的手続きや公共施設の利用				
(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加				

3 日常生活能力の程度(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)

- (1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
- (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
- (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
- (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

◎前回診断書記載時と比較して、日常生活能力の状態について下記に○をしてください。

【前回に比し、改善 不変 悪化 不明】

⑦ ⑥の具体的程度・状態等

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

(1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する①～⑦のサービス(該当する項目を○で囲み、利用回数を記入してください。)

- ① 自立訓練(生活訓練)【 回/週又は 回/月】
- ② 共同生活援助(グループホーム)
- ③ 居宅介護(ホームヘルプ)【 回/週又は 回/月】
- ④ その他の障害福祉サービス()【 回/週又は 回/月】
- ⑤ 訪問看護【 回/週又は 回/月】
- ⑥ 訪問指導【 回/週又は 回/月】
- ⑦ デイケア【 回/週又は 回/月】

(2) 生活保護の有・無(○で囲んでください。)

(3) その他()

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 年 月 日

医療機関所在地 診療担当科名
名称 医師氏名(自署又は記名押印)
電話番号

印

※自立支援医療の審査も同時に必要とされる場合は、下記も合わせてご記入ください。

治療方針(薬物療法・精神療法等)等

主たる病名(ICDコード)がF00～F39、G40以外の場合ご記入ください。

(1) 自立支援医療費(精神通院医療)支給判定指針に基づき、上記症状が重度であり計画的・集中的な通院医療が必要であると判定されますか。

判定される 判定されない

(2) 医師の略歴

精神保健指定医 3年以上精神医療に従事した経験がある