様式第25号（第15条関係）

診　断　書（精神障害者保健福祉手帳用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　　　歳）　 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| ①　病名･ＩＣＤコードＩＣＤｺｰﾄﾞは、Ｆ00～Ｆ99，Ｇ40のいずれかを記載 | (1) 主　た　る　精　神　障　害　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＩＣＤｺｰﾄﾞ　　　（　　　　　　　　　　　　）(2) 従　た　る　精　神　障　害　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＩＣＤｺｰﾄﾞ　　　（　　　　　　　　　　　　）(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および治療の経過、治療内容、就学・就労状況等 | 主たる精神障害の初診年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　（１　診療録で確認　 ２　本人または家族の申立て） |
| 診断書作成医療機関の初診年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 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､発症の原因となつた疾患名とその発症日　 疾患名　　　　年　 月　 日 |
| ③　現在の病状、状態像等（該当する項目を○印。過去２年間および今後２年間に予測されるものを含む。）(１)　抑うつ状態１思考・運動抑制　　２易刺激性、興奮　　３憂うつ気分　　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)　精神運動興奮および迷の状態１興奮　　２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)　情動および行動の障害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)　不安および不穏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（けいれんおよび意識障害）１てんかん発作　　２意識障害　　３その他（　　　　　）(９)　精神作用物質の乱用および依存等１アルコール　 ２覚醒剤　 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（　　　　　）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）(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　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | ④　③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等（検査所見：検査名、検査結果、検査時期）※てんかんの場合、以下について必ず記載してください。(１)発作の頻度（　　　　　回／月または　　　　　回／年）(２)発作のタイプ（該当する項目を○印。）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(３)最終発作年月日　　　（　　年　　月　　　日） |
| ⑤　現在の障害福祉等のサービスの利用状況｛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に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等｝ |
|  | 自立支援医療（精神通院医療）と同時申請の場合、下欄を記載 |  |
| ⑧　現在の治療内容　　（該当する項目を○で囲み〔 〕に具体的内容を記載して下さい。）１　投薬内容（自立支援医療（精神通院医療）の対象となる治療で使用する薬剤名等）２　精神療法等　・通院精神療法　　・てんかん指導　　　　　　　　　・精神科作業療法　・精神科デイケア　　　　　　　　・認知行動療法　　　　　　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　・なし３　訪問看護の指示の有無　（ 有 ・ 無 ） |
| ⑥　生活能力の状態　　保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。該当する項目を○印１　現在の生活環境入院　・　入所（施設名　　　　　）・　在宅（ア単身　イ家族等と同居） ・ その他（　　　　）２　日常生活能力の判定(該当するもの一つを○で囲んでください。)(１)適切な食事摂取自発的にできる ・ 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(２)身辺の清潔保持・規則正しい生活自発的にできる ・ 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(３)金銭管理と買物適切にできる ・ 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(４)通院と服薬（ 要 ・ 不要 ）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(５)他人との意思伝達・対人関係適切にできる ・ 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(６)身辺の安全保持・危機対応適切にできる ・ 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(７)社会的手続や公共施設の利用適切にできる ・ 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(８)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加適切にできる ・ 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　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、日常生活および社会生活は普通にできる。(２)精神障害を認め、日常生活また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、身のまわりのことはほとんどできない。 |
| ⑨　今後の治療方針（計画的・集中的な治療を継続して行う必要性　有　・　無　） |
| ⑩　医師の略歴（①病名(1)主たる精神障害のＩＣＤコードがＦ０、Ｆ１、Ｆ２、Ｆ３、Ｇ４０以外の場合のみ記載してください。）・精神保健指定医・精神医療に３年以上従事（内科・小児科等におけるてんかん・うつ状態治療等の治療を含む。）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ⑦　⑥の具体的程度・状態等 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関所在地名称電話番号医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格A列3番とする。　　　　　　　　　　２　診断書の記載は初診年月日より６箇月以上経過してから行つてください。

３　初診年月日は、前医のある場合はその日を記載してください。