

# 診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

提出用

フリガナ		明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)	男・女
氏 名				
住 所				
① 病名・ICDコード (ICDコードは、 F00～F99、G40 のいずれかを記載)	(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：昭和・平成 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：昭和・平成 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、発症の原因となっ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。)	④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等			
(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 ( )	(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 (該当するものに○を付けてください。) 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 (平成 年 月 日)			
(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昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 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 ( ) 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 ( )				
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。)	⑤ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (障害者自立支援法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)、共同生活介護(ケアホーム)、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)			
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 ( )	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ください。) 1. 処方内容 _____ 2. 精神療法等 _____ 3. 訪問看護の指示の有無 ( 有 ・ 無 )			
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	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 ( )			
(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。				
⑦ ⑥の具体的程度・状態等	平成 年 月 日 医療機関所在地 _____ 名 称 _____ 電 話 番 号 _____ 医師氏名 (自署または記名押印) _____			

注1. 用紙の大きさは、日本工業規格A列3番とする。 2. 障害者手帳の申請は初診日より6箇月以上経過してから行ってください。  
 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。 4. 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。