

診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳)

氏名			年 月 日 (歳)
住所			
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応する 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 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		
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する。) * 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)	(推定発病時期 _____ 年 _____ 月頃)		
	(疾患名 _____ 発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む)	⑤ ④の症状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等		
<p>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 ()</p> <p>2 躁状態 (1) 行為心迫 (2) 多弁 (3) 感情高揚・易刺激性 (4) その他 ()</p> <p>3 幻覚妄想状態 (1) 幻覚 (2) 妄想 (3) その他 ()</p> <p>4 精神運動興奮及び昏迷の状態 (1) 興奮 (2) 昏迷 (3) 拒絶 (4) その他 ()</p> <p>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 ()</p> <p>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 ()</p> <p>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 ()</p> <p>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 *発作のタイプと頻度を右側に記載してください。 →</p> <p>(2) 意識障害 (3) その他 ()</p> <p>9 精神作用物質の乱用及び依存等 (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 (状態像を当該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)</p> <p>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 ()</p> <p>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 ()</p> <p>12 その他 ()</p>	<p>ア 最終発作 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)</p> <p>イ 発作のタイプと頻度 該当する発作のタイプに○を、発作の頻度について□にチェックし、回数を記入してください。</p> <p>(イ) 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 □年 □月 □週 () 回</p> <p>(ロ) 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 □年 □月 □週 () 回</p> <p>(ハ) 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 □年 □月 □週 () 回</p> <p>(ニ) 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 □年 □月 □週 () 回</p>		

⑥生活能力の状況（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。）

<p>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（ _____ ）</p> <p>2 日常生活能力の判定（該当するものを○で囲む）</p> <p>(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</p> <p>(2) 身の清潔保持、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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(5) 他人との意志伝達・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</p> <p>(6) 身近の安全保持・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</p> <p>(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</p> <p>(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</p>	<p>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○で囲む）</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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（該当する項目を○で囲む）

(1) 自立訓練（生活訓練） (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）
 (4) 訪問指導 (5) 生活保護 (6) その他（ _____ ）

⑨ 「重度かつ継続」に関する意見※自立支援医療費（精神通院）を同時に申請する場合で ICD コードが F4～F9 の場合のみ記入してください。

◆計画的・集中的な治療を継続して行う必要性 _____

ア 精神保健指定医	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
イ その他の医師 *	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで（医療機関名） _____にて _____に従事

_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで（医療機関名） _____にて _____に従事

_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで（医療機関名） _____にて _____に従事

有 ・ 無

⑩ 備考

* 下記の太枠内は記入しないでください。

上記のとおり診断します。 _____年 _____月 _____日 医療機関所在地 _____ 名 称 _____ 電話番号 _____ 診療担当科名 _____ 医師氏名 _____	判定年月日 _____	
	判定者 _____	
	判定 会 結 果	該当 非該当
	1 級 2 級 3 級 「重度かつ継続」 該当・非該当	保留