

診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
住 所		
病名(ICDコードは病名と対応する F00～F99、G40 のいずれかを記載)		初診年月日
(1)主たる精神障害	ICDコード()	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
(2)従たる精神障害	ICDコード()	診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
(3)身体合併症 身体障害者手帳(有・無、種別 級)		
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) (推定発病時期 年 月頃)		
*器質性精神障害の(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 () 発症日 年 月 日		
現在の病状、状態像等(該当する項目を で囲む)		
(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)躁状態 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)不安及び不穩 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 発作型() 頻度() 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 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()		

の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見(検査名、検査結果、検査時期)等

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)	の具体的程度、状態等
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()	
2 日常生活能力の判定(該当するものを で囲む)	
(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 で囲む)	
(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。	
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(平成17年法律第123号)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)	
自立支援医療と同時申請の場合に追記してください。	
(1)投薬内容()	
(2)受診頻度 月平均 回 (3)院内の精神療法等()	
(4)院外の精神訪問看護・デイケア等の指示(有・無)*指示有の場合は指示書の添付が必要です。	
(5)今後の治療方針	
備考 自立支援医療と同時申請の場合で、主たる精神障害が ICD-10 における F0,F1,F2,F3,G40 以外の場合は、下記の 1 重度かつ継続の有無のいずれかを で囲み、有の場合は 2 の医師の略歴を記載すること。	
1 重度かつ継続(有・無)	
2 医師の略歴(精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載) 精神保健指定医(指定医番号:)、その他()	

上記のとおり、診断します。 令和 年 月 日

医療機関の名称

診療担当科名

医療機関所在地

医師氏名(自署または記名捺印)

電話番号