

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		
① 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)		② 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)		
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) (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		
④ 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 *発作のタイプと頻度を右側に記載してください 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)		ア 最終発作 (年 月 日) 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。 (イ)意識障害はないが、随意運動が失われる発作 (頻度) □年 □月 □週 () 回 (ウ)意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (頻度) □年 □月 □週 () 回 (ウ)意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (頻度) □年 □月 □週 () 回 (エ)意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 (頻度) □年 □月 □週 () 回
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害 (精神遅滞) 7 軽度 4 中等度 9 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 5 読み 6 書き 7 算数 8 その他 () 9 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 ()		

⑤ ④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

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)

1 現在の生活環境
入院・入所 (施設名:)
在宅 (7 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。

⑧ 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)

⑨ 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) *訪問看護以外は、意見書等の添付が必要です。
(5) (4) の施設名等
(6) 今後の治療方針

⑩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
医療機関所在地
電話番号

診療担当科名
医師氏名 (自署または記名捺印)