

新規・更新・等級変更（該当する項目を○で囲んでください。） **診断書（精神障害者保健福祉手帳用）**

フリガナ 氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日（歳）
住所						

① 病名（ICDコードは、下記の病名と対応するF00からF99まで又はG40のいずれかを記載してください。）

(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並びに治療の経過、内容（発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載する。）
（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）

※初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成	年	月	日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成	年	月	日

（※本診断書に係る申請には主たる精神障害の初診年月日より6カ月以上の経過が必要）

③ 治療歴

医療機関名	治療期間(年・月)入院・外来	医療機関名	治療期間(年・月)入院・外来
	・～・ 入・外		・～・ 入・外
	・～・ 入・外		・～・ 入・外
	・～・ 入・外		・～・ 入・外

④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲んでください。）

(1) 抑鬱状態 ①思考・運動抑制 ②易刺激性・興奮 ③憂鬱気分 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) 精神運動興奮及びこん迷の状態 ①興奮 ②こん迷 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 過去2年間の頻度 (_____ 回/月又は _____ 回/年)
発作区分 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
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 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）
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 ()

(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 [ア軽度 イ中等度 ウ重度] 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 (_____)

⑤ ④の病状・状態像の具体的程度・症状、検査所見等を記載してください。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態（保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。）

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（該当する箇所を○をしてください。）

	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
(1)適切な食事摂取				
(2)身の清潔保持・規則正しい生活				
	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)金銭管理と買い物				
(4)通院と服薬(要・不要)				
(5)他人との意思伝達・対人関係				
(6)身の安全保持・危機対応				
(7)社会的手続きや公共施設の利用				
(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加				

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。

◎前回診断書記載時と比較して、日常生活能力の状態について下記に○をしてください。
【前回に比し、改善 不変 悪化 不明】

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

(1) 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①～⑦のサービス（該当する項目を○で囲み、利用回数を記入してください。）
① 自立訓練（生活訓練）【 _____ 回/週又は _____ 回/月】 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）【 _____ 回/週又は _____ 回/月】 ④ その他の障害福祉サービス（ _____ ）【 _____ 回/週又は _____ 回/月】
⑤ 訪問看護【 _____ 回/週又は _____ 回/月】 ⑥ 訪問指導【 _____ 回/週又は _____ 回/月】 ⑦ デイケア【 _____ 回/週又は _____ 回/月】

(2) 生活保護の 有・無（○で囲んでください。）

(3) その他 (_____)

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関所在地 _____ 診療担当科名 _____
名 称 _____ 医師氏名 (_____ 自署又は記名押印)
電 話 番 号 _____

(印)

※自立支援医療の審査も同時に必要とされる場合は、下記も合わせてご記入ください。

治療方針（薬物療法・精神療法等）等 _____

主たる病名（ICDコード）が F00～F39、G40 以外の場合ご記入ください。

(1) 自立支援医療費（精神通院医療）支給判定指針に基づき、上記症状が重度であり計画的・集中的な通院医療が必要であると判定されますか。
 判定される 判定されない

(2) 医師の略歴
 精神保健指定医 3年以上精神医療に従事した経験がある