

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
住所		
1 病名 (右の病名と対応するICDコードをF00～F99、G40のように3桁で記載。F1, F06疾患はなるべく4桁で記載。)	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICD10コード F又はG (数字) ICD10コード 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 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
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。)	(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)	
4 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む)		
(1) 抑鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他 ()		
(2) そう状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他 ()		
(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他 ()		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他 ()		
(5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他 ()		
(6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他 ()		
(7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他 ()		
(8) てんかん発作等 (けいれんおよび意識障害) ア てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) イ 意識障害 ウ その他 ()		
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 ① 乱用 ② 依存 ③ 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) ④ 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 ア 知的障害 (精神遅滞) ① 軽度 ② 中等度 ③ 重度 療育手帳 (有・無、等級等) イ 認知症 ウ その他の記憶障害 () エ 学習の困難 ① 読み ② 書き ③ 算数 ④ その他 () オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他 ()		
(11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ 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 等		
[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 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名) <input type="checkbox"/> 在宅 (ア 単身・イ 家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 日常生活能力の判定 (該当するものを○で囲む)
ア 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
イ 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
ウ 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
エ 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
オ 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
カ 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
キ 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
ク 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)
ア 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。
イ 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。
ウ 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。
エ 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。
オ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。
7 6の具体的程度、状態等 (就労・就学・家庭生活の状況等)
8 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 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 (平成十七年法律第二百二十三号) に規定する自立訓練 (生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) <input type="checkbox"/> 居宅介護 (ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス ()
9 備考
自立支援医療費 (精神通院) 同時申請の場合は、以下についても記入してください。
1 現在の治療内容 (1) 投薬の有無 (有・無) 内容 [] (2) 精神療法の有無 (有・無) 内容 [] (3) 訪問看護指示の有無 (有・無) (4) 他医療機関への通院の有無 (有・無) → 「有」の場合 医療機関名 _____ 内容 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()
2 今後の治療方針 []
3 重度かつ継続 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (重度かつ継続の要件は裏面を参照)
上記のとおり、診断します。 平成 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 (自署又は記名押印) _____
<input type="checkbox"/> 精神保健指定医 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医ではない (下記に精神医療従事歴を記載) 精神科: 年 月 日～ 年 月 日勤務 その他: 年 月 日～ 年 月 日勤務 主に診察した疾患名 ()
※手帳判定 1 2 3 非該当