

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

フリガナ			
氏名	年 月 日生（ 歳）		
住所			
①病名（ICDコードは、右の病名と対応する F00～F99、G40 のいずれかを記入する。病名により3桁までのコードが必要となる場合がある。）	(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 （手帳の申請には、主たる精神障害の初診日から6か月経過していることが必要です。）	主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	年 _____ 月 _____ 日	日 _____
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記入する。）	（推定発病年月 _____ 年 _____ 月頃） ＊器質性精神障害（認知症を除く。）の場合は、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（該当するものを○で囲む。）			
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 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（発作のタイプが複数ある場合は「頻度欄」へそれぞれのタイプの頻度について記載する。） 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）（最終発作に至るまでの頻度を記入すること。（ _____ 回／月 又は _____ 回／年）） 脳波検査を行った場合は、その所見（ _____ ）			
9 精神作用物質の乱用、依存等 （1）アルコール （2）覚醒剤 （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（不使用の場合は、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（ _____ ）			
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、検査時期、検査結果 _____]			

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（ア 単身・イ 家族等と同居）・その他（ _____ ）			
2 日常生活能力の判定（項目ごとに該当するもの1つを○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) 身の清潔保持及び規則正しい生活 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）（「不要」に○をつけた場合にも、通院と服薬の能力について判定する。） 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・娯楽への関心及び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（該当するもの1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。			
⑦ ⑥の具体的程度、状態等（重要な項目でありできるだけ詳細な情報を記載する。また、⑤欄、⑥欄の記載内容、選択項目との整合性に留意のこと。）			
⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（該当するものを○で囲む。）			
1 利用有 [生活訓練・グループホーム・ホームヘルプ・訪問指導・その他（ _____ ）]			
2 利用無			
3 生活保護（有・無）			
手帳の交付と自立支援医療（精神通院）の支給認定とを同時に申請する場合は、⑨欄及び⑩欄についても記入する。ただし、⑩欄は主たる精神障害がICDコードF40～F99である場合に記入する。			
⑨ 現在及び今後の治療方針			
1 薬物療法（具体的な薬剤名を必ず記載する。）			
2 精神療法等			
3 訪問看護指示の有無（有・無）			
⑩ 医師の略歴及び「重度かつ継続」に関する意見 医師の略歴について該当する□をチェックし、「精神保健指定医」又は「精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年以上）」にチェックした場合は「重度かつ継続」に関する意見について該当する□をチェックしてください。			
医師の略歴		「重度かつ継続」に関する意見	
□精神保健指定医		□該当と判断する。	
□精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年以上）		□非該当と判断する。	
□精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年未満）			
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		審査欄（※この欄は記載しないこと。）	
		手帳	1級 2級 3級
		不承認	
		自立支援医療	承認 不承認
		重度かつ継続	該当 非該当