**様式Ｄ－13**

（別紙様式２）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和年　　　　　月　　　　日生 （　 　　　歳） |
|  |  |
| **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** 初診年月日 |  昭和・平成・令和　　　　　　 年 　　　　月　　　　　 日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** 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 を記載してください。） | （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○で囲んでください。） (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（けいれんおよび意識障害） ①てんかん発作等の有無　　　（　有　・　無　）②発作のタイプ及び発作の頻度（該当する）項目にチェックをつけて，回数及び最終発作年月日を記入することイ　意識障害はないが，随意運動が失われる発作 　　　　　　　頻度（　月・年　　　　　回）　　最終発作（　　年　　月　　日）ロ　意識を失い，行為が途絶するが，倒れない発作　　　　　　頻度（　月・年　　　　　回）　　最終発作（　　年　　月　　日）ハ　意識障害の有無を問わず，転倒する発作　　 　　　　　　　頻度（　月・年　　　　　回）　　最終発作（　　年　　月　　日） ニ　意識障害を呈し，状況にそぐわない行為を示す発作　 　頻度（　月・年　　　　　回）　　最終発作（　　年　　月　　日）(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 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，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してください。児童で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（該当するもの一つを○で囲んでください。） （１）　適切な食事摂取 ① 自発的にできる 　② 自発的にできるが援助が必要　　③ 援助があればできる 　 ④ できない （２）　身辺の清潔保持，規則正しい生活 ① 自発的にできる 　② 自発的にできるが援助が必要　　③ 援助があればできる 　 ④ できない （３）　金銭管理と買物 ① 適切にできる　　② おおむねできるが援助が必要　　③ 援助があればできる　　④ できない （４）　通院と服薬（要・不要） ① 適切にできる　　② おおむねできるが援助が必要　　③ 援助があればできる　　④ できない （５）　他人との意思伝達・対人関係 ① 適切にできる　　② おおむねできるが援助が必要　　③ 援助があればできる　　④ できない （６）　身辺の安全保持・危機対応， ① 適切にできる　　② おおむねできるが援助が必要　　③ 援助があればできる　　④ できない （７）　社会的手続や公共施設の利用 　① 適切にできる　　② おおむねできるが援助が必要　　③ 援助があればできる　　④ 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 ① 適切にできる　　② おおむねできるが援助が必要　　③ 援助があればできる　　④ 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。 |
| **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（該当する項目を○で囲んでください。）　①　障害者自立支援法に規定する自立訓練（生活訓練）　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）　④　訪問指導等　⑤　生活保護　⑥　その他の障害福祉サービス（　　　　　　　　　　　） | 上記のとおり診断します。　　　　　　　 　　　　　　　年　　　　月　　　　日　医療機関所在地　医療機関の名称　電話番号　診療担当科名　医師氏名（自署又は記名捺印） |
| **９**　備考（自立支援医療費（精神通院）を同時申請する場合，以下も併せて記載すること。）1. 投薬内容[自立支援医療費（精神通院）の医療の対象となる投薬内容

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　(２)　精神療法等 　　ア　通院精神療法，　イ　作業療法，　ウ　集団療法，　エ　デイケア　　　　　　　　　　　　　　　　 オ　その他（　　　　 　　　　　　　　　(３)　訪問看護の指示の有無　　（　有　無　）※ICDコードがＦ０～Ｆ３・Ｇ４０以外で「重度かつ継続」に該当する旨を申請する場合は意見書も添付してください｡  |