

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・令和 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	主たる精神障害の初診年月日 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。)	5 4の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等			
(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( )	[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。)	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現在の生活環境 入院・入所(施設名 _____)・在宅(ア単身・イ家族等同居)・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		(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(該当する項目を○で囲んでください。)	7 6の具体的程度、状態等			
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			
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。)	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			
(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 デイクア オ その他( ) (3) 訪問看護の指示の有無 (有 無 ) (4) 【主たる精神障害のICDコードがF4～F9の場合のみ記入】①は該当する方を○で囲み、②は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分かるよう記載して下さい。 ①計画的・集中的な治療(状態の維持・悪化の予防を含む)を継続する必要性の有無(有 無 ) ②(精神保健指定医番号 _____ ) (その他の医師の略歴 _____ )				