

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。) (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	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		
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。	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)		