

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

(2014.4)

氏名			明治・大正・昭和・平成 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)	(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	※本診断書に係る申請には主たる精神障害の初診年月日より6ヵ月以上の経過が必要 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) ※入院歴および通院歴についても記載してください。 *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)(発作型は以下を参照して該当するものを○で囲んでください) 1 てんかん発作 発作型(イ・ロ・ハ・ニ) 頻度(回/ 月・年) 最終発作(年 月 日) ※てんかん発作の型 イ:意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ:意識を失い行為が途絶するが、倒れない発作 ハ:意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ:意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 2 意識障害 3 その他 () (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 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（該当するものを○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、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

（Ⅰ）要・不要

（Ⅱ）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）社会的な手続きや公共施設の利用

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、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）

（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。

⑦⑥の具体的な程度、状態等

⑧現在の障害福祉等のサービスの利用状況（障害者総合支援法に規定する自立訓練（生活訓練）、共同生活援助（グループホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）

⑨備考

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（自署又は記名捺印）

※自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定を同時に必要とする場合は、以下も併せて記載すること。

⑩現在の治療内容

1投薬内容（該当する項目を○で囲んでください）

[1. 抗精神病薬 2. 抗不安薬 3. 抗うつ薬 4. 抗躁薬 5. 抗てんかん薬 6. 睡眠薬 7. その他（）]

2精神療法等

[1. 通院精神療法 2. 標準型精神分析療法 3. 通院集団精神療法 4. ショートケア 5. デイケア 6. ナイトケア 7. デイ・ナイトケア 8. その他（）]

3訪問看護指示の有無（ □有 ・ □無 ）

⑪重度かつ継続に関する意見（該当する項目を必ず○で囲んでください）

1. 該当

2. 非該当（申請しない場合も含みます）

精神医療に3年以上従事した経験の有無（主たる精神障害がF40～F99の場合に記載してください。）

1. 有り

2. 無し

「1. 有り」の場合、該当する下記項目を○で囲んでください

1. 精神保健指定医

2. 精神科医（3年以上精神医療に従事）

3. その他の医師

(2014.4)