

# 診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

ふりがな		
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のいずれかを記入してください。)	(1)主たる精神障害 ※知的障害を除く	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、等級 級)
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 年 月 日	※手帳の発行には、初診年月日から6ヶ月以上経過していることが必要です。
	診断書作成医療機関の初診年月日 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、治療内容などを記入してください。)	(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 ※該当項目を○で囲んでください。 (おおむね過去2年間に認められたもの、今後2年間に予想されるものを含む。)	⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見(検査名、検査結果、検査時期等)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 1 てんかん発作 (該当する場合は、⑤欄に発作のタイプ、頻度等について記入。)	
	2 意識障害 3 その他( )	
	(9)精神作用物質の乱用及び依存等 ※該当する場合は、a～cを全て記入 a 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他( )	
b 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( )		
c 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 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 (療育手帳 有・無、等級等(精神遅滞))		
2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度		
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 ( )		

てんかん発作に該当する場合は、次の項目について記入してください。  
発作のタイプ、頻度  
イ 意識障害はないが随意運動が失われる発作 ( 回/月 または、 回/年 )  
ロ 意識を失い、行動が途絶するが倒れない発作 ( 回/月 または、 回/年 )  
ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ( 回/月 または、 回/年 )  
ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ( 回/月 または、 回/年 )  
発作がコントロールされている場合  
最終発作年月日 ( 年 月 日 )  
※上記に該当する項目がない場合は、発作のタイプ、頻度等について詳細に記入してください。

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○で囲んでください。)

ア 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

イ 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

ウ 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

エ 通院と服薬 (  不要 ←不要の場合は「レ」を記入 )  
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

オ 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

カ 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

キ 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

ク 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 (該当する項目を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)

ア 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。

イ 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。

ウ 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。

エ 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。

オ 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 ※省略できません

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください。)

・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) ・地域活動支援センター  
・訪問指導 ・生活保護 ・その他の障害福祉サービス等 ( )

## ※自立支援医療を同時申請する場合、⑨～⑪を記入してください。

⑨ 現在の治療内容

(1)投薬内容(自立支援医療の対象となる治療で使用する薬剤名等) (2)精神療法等(該当項目を○で囲んでください。)

( )

・通院精神療法 ・精神分析療法 ・精神科作業療法  
・精神科デイケア ・認知行動療法 ・てんかん指導  
・その他 ( ) ・なし

(3)訪問看護指示  あり (指示がある場合は「レ」を記入してください。)

⑩ 今後の治療方針 (治療目標をふまえて、継続的に行っていく治療を記入してください。)

⑪ 自立支援医療における「重度かつ継続」 (主たる精神障害がF00～F39及びG40の場合は記入不要です。)

(1) ①病名(1)主たる精神障害のICD10コードがF40-F99であって、情動及び行動の障害または不安及び不穏状態に該当し、計画的・集中的な継続治療を要する場合に、該当事項に「レ」を記入してください。  
 症状等が持続している  症状等が消長を繰り返している  症状等の持続または消長の繰り返しはしていない

(2) (1)は、3年以上の精神医療の経験を有する医師の診断となるため、該当する項目に「レ」を記入してください。  
 精神保健指定医(精神保健指定医番号 第 \_\_\_\_\_号)  精神医療に従事した経験 3年以上

⑫ 備考

年 月 日

医療機関の名称 診療担当科名

所在地・電話番号 医師氏名 印  
(自署または記名捺印)