

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

判定

1 該当(1級 ・ 2級 ・ 3級)

2 非該当3 保留

氏名

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()療育手帳(有・無、等級等)

(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 年 月 日

診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日

診療録で確認・本人又は家族等の申立て

③発病から現在までの病歴
及び治療の経過、内容等(推
定発病年月、発病状況、初発
症状、治療の経過、治療内容
等を記載)

(推定発病時期 年 月頃 ・ 不詳)

受診頻度：月平均 回

*器質性精神障害(認知症を除く。)の場合、発病の原因となった疾患名とその発病日(疾患名 年 月 日)

④現在の症状、状態像等(該当する項目を○で囲む。)

(1)抑うつ状態(8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害)

1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他() 1 てんかん(⑤の※に記載すること。) 2 意識障害 3 その他()

(2)躁状態(9)精神作用物質の乱用及び依存等

1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他() 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他()

(3)幻覚妄想状態ア 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。)

1 幻覚 2 妄想 3 その他() エ その他()

(4)精神運動興奮及び昏迷の状態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)

1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他() (10)知能・記憶・学習・注意の障害

(5)統合失調症等残遺状態1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度

1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他() 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度

(6)情動及び行動の障害3 その他の記憶障害()

1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他()

5 チック・汚言 6 その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()

(7)不安及び不穏(11)広汎性発達障害関連症状

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 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

4 解離・転換症状 5 その他() 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 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]

※ てんかんの場合、以下について必ず記載すること。
なお、投薬により以下の症状が不明な場合は、右にレ印を記入すること。 □
(1)発作のタイプ及び発作の頻度 (該当する項目に○をつけて、回数を記入すること。)
イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ()回／年・月・週
ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ()回／年・月・週
ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ()回／年・月・週
ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ()回／年・月・週
(2)最終発作年月日 年 月 日

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。児童では年齢相当の能力と比較の上で判断する。)

1 現在の生活環境 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。)

入院・入所(施設名)・在宅(ア 単身・イ 家族等と同居)・その他() (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 日常生活能力の判定(該当するものを○で囲む。)

	で き る	できるが 援助が必要	援助があれ ばできる	できない
(1)適切な食事摂取	自発的に	自発的に		
(2)身の清潔保持・規則正しい生活	自発的に	自発的に		
(3)金銭管理と買物	適切に	おおむね		
(4)通院と服薬(要・不要)	適切に	おおむね		
(5)他人との意思伝達・対人関係	適切に	おおむね		
(6)身の安全保持・危機対応	適切に	おおむね		
(7)社会的手続や公共施設の利用	適切に	おおむね		
(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加	適切に	おおむね		

(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、症状等(生活能力、家事・就労能力等について)

※現在の就労状況等について(該当する項目を○で囲む。)

ア 就労移行支援事業・就労継続支援事業(A型・B型)

イ 就労中(正社員・パート・アルバイト・自営・その他())

ウ 家事従事(開始日： 年 月 日 ・ 不明)

エ 就学中(普通学級・支援学級・支援学校・通信制 ：(学年))

オ 休職中 (開始日： 年 月 日 ・ 不明)

カ 無職 (開始日： 年 月 日 ・ 不明)

⑧ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービス等の現在の
利用状況(該当する項目を○で囲む。)

ア 自立訓練(生活訓練) イ 共同生活援助(グループホーム) ウ 居宅介護(ホームヘルプ)

エ その他の障害福祉サービス オ 訪問指導等 カ その他()

⑨ 生活保護の有無： (有 ・ 無)

*過去2年間の入院歴の有無(有 ・ 無)(有の場合、医療機関名及び入院期間を記載すること。)

： 年 月 日～ 年 月 日

： 年 月 日～ 年 月 日

： 年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地：

電話番号：

診療担当科名：

医師氏名：

※自立支援医療(精神通院)と同時に申請する場合は、⑩、⑪及び⑫(⑫については該当する場合のみ)に記入すること。

⑩ 現在の治療内容

(1)投 薬 内 容

(2)精神療法等：通院精神療法・作業療法・
集団療法・デイケア・
その他()

(3)訪問看護指示の有無： (有 ・ 無)

⑪ 今後の治療方針

⑫ 医師の略歴(主たる精神障害がICDコードF00～F39・G40以外のものであって、「重度かつ継続」に該当すると判断される場合は、該当する□にレ印を記入するとともに、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に記載すること。)

□ 精神保健指定医(指定医番号：)

□ 精神科医・その他の医師(精神医療に従事した期間・主な所属)