佐賀県用（別紙様式２－１）　　　　　　　　　　　　　　　　　（提出用） (2024.12)

**診断書（精神障害者保健福祉手帳用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 |  |
| 1. **病名(ICDコードは病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載)**

(1)主たる精神障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ICDｺｰﾄﾞ（　　　　　　）(2)従たる精神障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ICDｺｰﾄﾞ（　　　　　　）(3)身体合併症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　身体障害者手帳（有・無、種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　級） | 1. **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 |
| 1. **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）**

（推定発病時期　　　年　　　月頃）＊器質性精神障害の（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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）発症日　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 1. **現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）**
2. **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（　　　　　　　）1. **躁状態**

1行為心迫　2多弁　3感情高揚・易刺激性　4その他（　　　　　　）1. **幻覚妄想状態**

１幻覚　2妄想　3その他（　　　　　）1. **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（　　　　）1. **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（　　　　）1. **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（　　　　　）1. **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（　　　　　）1. **てんかん発作等（けいれん及び意識障害）**

1 てんかん発作　＊発作のタイプと頻度を右側に記載してください　　　　　　　　　　　　　　　　　　ｱ 最終発作（　　　年　　月　　日）ｲ 発作のタイプと頻度該当する発作のタイプに〇を、発作の頻度について□にチェックし、回数を記入してください。(ｲ)意識障害はないが、随意運動が失われる発作（頻度）□年　□月　□週　　（　　　　）回(ﾛ)意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作（頻度）□年　□月　□週　　（　　　　）回(ﾊ)意識障害の有無を問わず、転倒する発作（頻度）□年　□月　□週　　（　　　　）回(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）□年　□月　□週　　（　　　　）回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**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. **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**
 |
| 1. **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（該当するもの一つを○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) 身辺の清潔保持、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（要・不要）**　　 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) 身辺の安全保持・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**(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。 | **⑦　⑥の具体的程度、状態等** |
| 1. **現在の障害福祉等のサービスの利用状況**

（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（平成17年法律第123号）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） |
| 1. **自立支援医療と同時申請の場合に追記してください。**
2. 投薬内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　）
3. 受診頻度　　月平均　　　　　回　　　(3) 院内の精神療法等（　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）
4. 院外の精神訪問看護・デイケア等の指示（有・無）＊訪問看護以外は、意見書等の添付が必要です。
5. （４）の施設名等
6. 今後の治療方針
 |
| **⑩備考　自立支援医療と同時申請の場合で、主たる精神障害がICD-10におけるF0,F1,F2,F3,G40以外の場合は、下記の※１重度かつ継続の****有無のいずれかを○で囲み、有の場合は※２の医師の略歴を記載すること。**※１　重度かつ継続（有　・　無）　　※２　医師の略歴（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わかるように記載）　　　精神保健指定医（指定医番号：　　　　　　　　　　）、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記のとおり、診断します。　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名

医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名（自署または記名捺印）

電話番号