

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)	② 初診年月日		
(1)主たる精神障害 _____ ICD コード ()	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
(2)従たる精神障害 _____ ICD コード ()	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)身体合併症 _____ 身体障害者手帳 (有・無、種別 _____ 級)			
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) (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			
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 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(検査名、検査結果、検査時期)等

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。

⑧ 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)

⑨ 自立支援医療と同時申請の場合に追記してください。

(1) 投薬内容 (_____)

(2) 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