

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 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	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	
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)		
	*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) 不安及び不穩 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) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) 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(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。
⑦ ⑥の具体的程度、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(平成十七年法律第百二十三号)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 備考
上記のとおり、診断します。 _____ 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) _____

障害者保健福祉手帳				自立支援医療(精神通院)			
1	2	3	不承認	保留	承認	不承認	保留