

# 診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

（提出用）

氏名		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住所		
①病名 <small>（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）</small>	(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）	(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 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・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) 他人との意志伝達・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) 身近の安全保持・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、身のまわ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利用状況（該当する項目を○で囲む）	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 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 カ 生活保護 キ その他 ( _____ )	
⑨自立支援医療費（精神通院）と同時に申請する場合	現在の治療内容 (1) 投薬内容 _____ (2) 精神療法等 _____ (3) 訪問看護指示の有無 (有・無)	
今後の治療方針		
「重度かつ継続」に関する意見（該当する項目を○で囲む） ※その他の医師については、3年以上精神医療に従事した内容を記載する A 該当 ア 精神保健指定医 年 月から 年 月まで（医療機関名） _____ にて精神医療に従事 B 非該当 イ その他の医師 年 月から 年 月まで（医療機関名） _____ にて精神医療に従事		
⑩備考		
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名称・所在地・電話番号 _____ 診療担当科名 _____ 医師氏名（自署または記名捺印） _____		