

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ		年 月 日生 (歳)
氏 名		
住 所		
①病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00~F99、G40のいずれかを記入する。病名により3桁までのコードが必要となる場合がある。)	(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 (手帳の申請には、主たる精神障害の初診日から6か月経過していることが必要です。)	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	
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記入する。)	(推定発病年月 年 月頃) *器質性精神障害 (認知症を除く。) の場合は、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 (該当するものを○で囲む。)		
1 抑鬱状態 (1) 思考・運動抑制 (2) 易刺激性、興奮 (3) 憂鬱気分 (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 (発作のタイプが複数ある場合は「頻度欄」へそれぞれのタイプの頻度について記載する。) ア 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 イ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 最終発作 (年 月 日) (最終発作に至るまでの頻度を記入すること。 (回/月 又は 回/年))		
脳波検査を行った場合は、その所見 () (2) 意識障害 (3) その他 ()		
9 精神作用物質の乱用、依存等 (1) アルコール (2) 覚醒剤 (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 (不使用の場合は、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、検査時期、検査結果		

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（項目ごとに該当するもの1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) 身の清潔保持及び規則正しい生活
 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）（「不要」に○をつけた場合にも、通院と服薬の能力について判定する。）
 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・娯楽への関心及び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（該当するもの1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（重要な項目でありできるだけ詳細な情報を記載する。また、⑤欄、⑥欄の記載内容、選択項目との整合性に留意のこと。）

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（該当するものを○で囲む。）

1 利用有 [生活訓練 ・ グループホーム ・ ホームヘルプ ・ 訪問指導 ・ その他（ _____ ）]
 2 利用無
 3 生活保護（有 ・ 無）

手帳の交付と自立支援医療（精神通院）の支給認定とを同時に申請する場合は、⑨欄及び⑩欄についても記入する。
 ただし、⑩欄は主たる精神障害がICDコードF40～F99であって「重度かつ継続」に該当すると判断される場合に記入する。

⑨ 現在及び今後の治療方針

1 薬物療法（具体的な薬剤名を必ず記載する。）

2 精神療法等

3 訪問看護指示の有無（有 ・ 無）

⑩ 医師の略歴（該当する□をチェックし、精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴が分かるように記入する。）

精神保健指定医（指定医番号： _____）

精神科医（精神医療に従事した期間・主な所属）

その他の医師（精神医療に従事した期間・主な所属）

医療機関所在地 名称 電話番号 診療担当科名 医師氏名	年 月 日			審査欄（※この欄は記載しないこと。）		
	手帳	1級	2級	3級		
		不承認				
	自立支援医療	承認	不承認			
重度かつ継続	該当	非該当				