

診 断 書（精神障害者保健福祉手帳用）

フリガナ		
氏 名	年 月 日生（満 歳）	
住 所		
1 病 名 <small>（ICDコードは、右の病名と対応する F00～F99、G40 のいずれかを記載してください。）</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（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種別、 級）	
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 診療録確認 <input type="checkbox"/> 本人等申立て） 診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日 （推定発病年月 年 月頃）	
3 発病から現在までの病歴等 <small>（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。）</small>	*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 発症日 年 月 日）	
4 現在の病状、状態像等 （該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。）	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	
(1) 抑鬱状態 <input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> てんかん発作 発作型（ ）頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・遅発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） 現在の精神作用物質の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 知的障害（精神遅滞） <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 療育手帳（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（等級等 ）） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他の記憶障害（ ） <input type="checkbox"/> 学習の困難 <input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

(11) 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
(12) その他（ ）	
6 生活能力の状態 （保護的環境でない場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。）	
(1) 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所（施設名 ） <input type="checkbox"/> 在宅（単身） <input type="checkbox"/> 在宅（家族等と同居） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
(2) 日常生活能力の判定（各項目について該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。）	
① 適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ② 身の清潔保持、規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ③ 金銭管理と買物 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ④ 通院と服薬（ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要） <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ⑤ 他人との意思伝達・対人関係 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ⑥ 身の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない ⑦ 社会的手続や公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない	
(3) 日常生活能力の程度（該当する <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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に規定する居宅介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
9 備 考 （審査の参考となる事項を記載してください。）	
※自立支援医療（精神通院医療）を同時に申請する場合には、この欄にも記載してください。	
1 現在の治療内容 (1) 投薬内容	2 今後の治療方針
(2) 精神療法等	3 医師の経歴（重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害がF40～F99と診断した場合に記載してください。） <input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。（指定医番号： ） <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない。（精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。）
(3) 医療型デイケアの利用（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	[]
(4) 訪問看護指示の有無（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	[]
令和 年 月 日	
医療機関 所在地 名 称 電話番号	診療担当科名 医師氏名