

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	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（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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	
	(推定発症時期 年 月頃)		
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)	* 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（該当する項目にチェック（ <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> に変換）する）	<input type="checkbox"/> (1) 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 1 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 2 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ） <input type="checkbox"/> (2) 躁状態 <input type="checkbox"/> 1 行為心迫 <input type="checkbox"/> 2 多弁 <input type="checkbox"/> 3 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ） <input type="checkbox"/> (3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 1 幻覚 <input type="checkbox"/> 2 妄想 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ） <input type="checkbox"/> (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ） <input type="checkbox"/> (5) 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 1 自閉 <input type="checkbox"/> 2 感情平板化 <input type="checkbox"/> 3 意欲の減退 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ） <input type="checkbox"/> (6) 情動及び行動の障害 <input type="checkbox"/> 1 爆発性 <input type="checkbox"/> 2 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 3 多動 <input type="checkbox"/> 4 食行動の異常 <input type="checkbox"/> 5 チック・汚言 <input type="checkbox"/> 6 その他（ ） <input type="checkbox"/> (7) 不安及び不穏 <input type="checkbox"/> 1 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 2 強迫体験 <input type="checkbox"/> 3 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 4 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> 5 その他（ ） <input type="checkbox"/> (8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> 1 てんかん発作 発作型（ ） 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2 意識障害 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ） <input type="checkbox"/> (9) 精神作用物質の乱用及び依存等 <input type="checkbox"/> 1 アルコール <input type="checkbox"/> 2 覚せい剤 <input type="checkbox"/> 3 有機溶剤 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ） <input type="checkbox"/> ア 乱用 <input type="checkbox"/> イ 依存 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> エ 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） <input type="checkbox"/> (10) 知能・記憶・学習・注意の障害 <input type="checkbox"/> 1 知的障害（精神遅滞） <input type="checkbox"/> ア 軽度 <input type="checkbox"/> イ 中等度 <input type="checkbox"/> ウ 重度 療育手帳（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、等級等 ） <input type="checkbox"/> 2 認知症 <input type="checkbox"/> 3 その他の記憶障害（ ） <input type="checkbox"/> 4 学習の困難 <input type="checkbox"/> ア 読み <input type="checkbox"/> イ 書き <input type="checkbox"/> ウ 算数 <input type="checkbox"/> エ その他（ ） <input type="checkbox"/> 5 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 6 注意障害 <input type="checkbox"/> 7 その他（ ） <input type="checkbox"/> (11) 広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 1 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> 2 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"/> 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ） <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 入所（施設名 ）・ <input type="checkbox"/> 在宅（ <input type="checkbox"/> ア 単身・ <input type="checkbox"/> イ 家族等と同居）・ <input type="checkbox"/> その他（ ） 2 日常生活能力の判定（該当するもの一つにチェック（<input type="checkbox"/>→<input checked="" type="checkbox"/>に変換）する） (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（該当する番号を選んで、どれか一つにチェック（<input type="checkbox"/>→<input checked="" type="checkbox"/>に変換）する） <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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。 <input type="checkbox"/> (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 【自立支援医療同時申請のみ】現在の治療内容 1 投薬内容 (用法・用量) { 2 精神療法等 { 3 訪問看護指示の有無 （ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ） ※該当するものにチェックをしてください。
⑨ 【自立支援医療同時申請のみ】今後の治療方針
⑩ 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）
⑪ 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

* 判定委員会判定

障害者手帳				自立支援医療			
1級	2級	3級	不承認	保留	承認	不承認	保留