

(様式第2)

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

[illegible]

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（該当するもの一つを○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、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

（障害者自立支援法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

⑩ 医師の略歴

*主たる精神障害の ICD カテゴリーが F0・F1・F2・F3・G40 以外の場合のみ要記入。3 年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載

ください（精神保健指定医の場合は指定医証の番号の記入のみで結構です）。

☐ 重度かつ継続に該当 略歴：

☐ 重度かつ継続に非該当

上記のとおり、診断します。

令和 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

障害者手帳					通院医療費公費負担		
1	2	3	不承認	保留	承認	不承認	保留