

### 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(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)	(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 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、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) 身の辺の清潔保持、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) 身の辺の安全保持・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 診療担当科名  
 電話番号 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