

### 診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

①病名:ICD-10に準拠した病名とFコード(2桁もしくは3桁)を記入してください。〇〇状態、〇〇疑い、略称は不可です。Gコードを使用できるのはてんかん(G40)のみです。適応障害は6か月以上継続する場合、病名の変更が必要です。

病名と ICD コードは一致していますか。

① 病名 ICDコードは、右の病名と対応するF00、F00.010のいずれかを	(1) 主たる精神障害 <u>統合失調症</u> ICDコード ( <u>F20</u> )
	(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)

上段は、以前受診した他の医療機関を含めて、精神障がいと初診された年月日を記入してください。(この日から6か月が経過していないと申請できません。)

下段は、診断書を作成した医療機関での初診年月日を記入してください  
新規の場合、どちらとも「不詳」は不可。  
少なくとも一方で6ヶ月以上経過していることを確認します。

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

(推定発病時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

発病時の症状、状況、治療の経過、治療内容(通院・入院歴含む)、家庭生活、就学・就労など社会生活の状況などを記入してください

※自立支援医療(精神通院医療)との同時申請の場合、退院日を記載してください。

内容などを記載する)

病名が器質性精神障害の場合に記入してください。

\*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 書き漏れが多いため要確認、 \_\_\_\_\_ 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 ( _____ )	「その他」に○をつけた場合は( )に記載が必要です。 ①の病名が知的障がいのみの場合は、(1)~(7)の精神症状が必要です。
(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 ( _____ )	①の病名がてんかんである場合、発作のタイプ、頻度((例)月・年 回以上・以下など)、転倒の有無等が精神障害者保健福祉手帳の等級判定に大きく影響します。最終発作も矛盾がないように確認してください。発作が起こってない場合は、「現在抑制中」などと記入してください。詳細は備考欄に追記してください。
(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 有機溶剤乱用    イ 依存    ウ 残遺性・遅発性    エ その他 ( _____ ) 現在の精神作用物質の使用 有・無(不	
(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 ( _____ )	①の病名がてんかんである場合、発作のタイプ、頻度((例)月・年 回以上・以下など)、転倒の有無等が精神障害者保健福祉手帳の等級判定に大きく影響します。最終発作も矛盾がないように確認してください。発作が起こってない場合は、「現在抑制中」などと記入してください。詳細は備考欄に追記してください。
(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 ( _____ )	(10)1、4に○がついていたらア~も必ず該当するものにチェック

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等  
**病状・状態像の具体的程度のほか、てんかんは脳波所見、認知症はHDS-Rなどの検査所見、その他病名に応じた検査所見、検査時期、具体的な程度等を記入してください。**

[ 検査所見：検査名、検査結果、検査時期

⑤については、疾患（機能障害）の状態を具体的、個別的に記入してください。  
 ⑤、⑥、⑦の記載に矛盾があれば、返戻することがあります。  
全体の項目と、記載内容に整合性がとれているか確認をお願いします。

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない **在宅の場合はこちらにも○をつけてください。** と比較の上で判断する）

- 1 現在の生活環境 等級の判断に必要なものを必ず確認  
 入院・入所（施設名） **在宅**（ 単身  家族等同居  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  ・ 自発的にできない
- (2) 身辺の清潔保持、規則正しい生活  
 自発的にできる  ・ 自発的にできない
- (3) 金銭管理と買物  
 適切にできる  ・ おおむね適切にできる
- (4) 通院と服薬（要・不要）  
 適切にできる  ・ おおむね適切にできる
- (5) 他人との意思伝達・対人関係  
 適切にできる  ・ おおむね適切にできるが援助が必要  ・ 援助があればできる  ・ できない
- (6) 身辺の安全保持・危機対応、  
 適切にできる  ・ おおむね適切にできるが援助が必要  ・ 援助があればできる  ・ できない
- (7) 社会的な手続や公共施設の利用  
 適切にできる  ・ おおむね適切に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  ・ おおむね適切にできるが援助が必要  ・ 援助があればできる

⑥(4)「要・不要」はいずれかにチェックしてください。  
 自立支援医療と同時申請の場合において、「不要」にチェックがあるときは自立支援医療が不承認となります。「不要」の場合であっても判定に必要ですので4つの状態のうち、いずれかにチェックしてください。

- 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。

(1)にチェックがある場合(てんかんを除く)は、手帳は不承認になります。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等  
**⑥の2、3について、どのようなことができず、誰にどのような援助を受けているのか具体的に記入してください。**

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）

**(例)精神科訪問看護利用中、デイケア利用中、生活保護受給中、ない場合は「なし」と記入してください。**

⑨ 備考

自立支援医療(精神通院医療)との同時申請の場合は、投薬内容や精神療法などの「現在の治療内容」と「今後の治療方針」を記入してください。

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してください（精神保健指定医の場合）

- 重度かつ継続に該当 略歴：  
 重度かつ継続に非該当

ICDカテゴリーが F0・F1・F2・F3・G40 以外の場合は記入してください。自己負担上限額に影響します。

上記のとおり、診断しまし 令和 年 月 日

医療機関の名称  
 医療機関所在地  
 電話番号

初診年月日の上段の年月日から6か月が経過していますか。

診断書の有効期間は3か月以内です。

診療担当科名  
 医師氏名

診療担当科も忘れずに記入してください。医師氏名は、自署又は記名押印が必要です。

重度かつ継続の意見を記入した医師の略歴を記入してください。精神保健指定医以外の場合は、3年以上の経験が必要です。