

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）
住所	
① 病名 （ICDコードは(1)(2)の病名と対応する F00～F99 又は 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 （診療録で確認するか本人又は家族の申し立てに基づき記入する） 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、発病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 連合弛緩・減裂思考 4 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 けいれん 2 意識障害 3 臨床発作はないが服薬が必要 4 てんかん発作 5 その他（ ） てんかん発作のタイプと頻度について ① 意識障害はないが随意運動が失われる発作、意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作の頻度（ 回/月） 最終発作時期（ 年 月 日） ② 意識障害の有無を問わず転倒する発作、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作頻度（ 回/年） 最終発作時期（ 年 月 日） (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・遅発性精神障害性障害（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（HDS-R 点） 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 限定した常道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 （該当する項目の□をチェックし、空欄に必要事項を記入する） <input type="checkbox"/> その状態像が精神病あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返す <input type="checkbox"/> てんかん発作のコントロールについて維持療法が必要 <input type="checkbox"/> 精神作用物質の乱用、依存からの脱却のため通院治療が必要 <input type="checkbox"/> その他の状態（具体的に） 検査所見：検査名、検査結果、検査時期

⑥ 現在の治療内容 (1) 投薬内容（精神通院医療の対象と考えられるものについて記入） <input type="checkbox"/> 非定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 感情調整薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入薬 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン薬 <input type="checkbox"/> 投薬なし <input type="checkbox"/> その他（具体的に） (2) 精神療法、デイ・ケア利用等（該当する項目の□をチェック又は空欄に必要事項を記入する） <input type="checkbox"/> 通院精神療法・分析療法 <input type="checkbox"/> てんかん指導 <input type="checkbox"/> 通院集団精神療法 <input type="checkbox"/> 精神科デイ・ケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） (3) 通院頻度（規則的 ・ 不定期） 年 回程度 (4) 訪問看護指示の有無（有 ・ 無）
⑦ 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（精神・他科）・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（該当する項目一つを○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) 金銭管理と買い物 ・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) 社会的手続きや公共施設の利用 ・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（該当する項目一つを○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、身のまわりのことはほとんど出来ない
⑧ ⑦の具体的程度、状態等
⑨ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 （該当する項目にレ印を記入） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型、B型） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 生活サポート事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
⑩ 「重度かつ継続」に関する意見 （※ 精神通院医療と同時申請の場合は記載） （「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がICD カテゴリーのF4～F9の場合は、診断する医師の略歴についてア、イ、ウのうちあてはまる項目を○で囲む） 1. 該当（ア 精神保健指定医 イ 精神医療歴3年以上の医師 ウ その他の医師） 2. 非該当
⑪ 備考
年 月 日 医療機関所在地 医師氏名（自署又は記名押印） 名 称 診 療 科 名 電 話 番 号