

第4号様式

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏名			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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 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) ※現在の病状、状態像については、診断書記入時点のみでなく、概ね過去2年間に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものについて記入する。	⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、等		
(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 ( _____ )	検査所見 ※検査所見については、検査名、検査結果、検査時期を記入する。  【てんかんの特記欄】以下(1)(2)について、該当するもの各1つを○で囲み、(3)(4)について記入する。  (1) てんかんの発作型 A 意識障害はないが随意運動が失われる発作 B 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 C 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 D 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  (2) てんかんの頻度 ア CまたはDの発作が月1回以上 イ AまたはBの発作が月1回以上 ウ CまたはDの発作が年2回以上 エ AまたはBの発作が月1回未満 オ CまたはDの発作が年2回未満  (3) 最終発作年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日  (4) その他特記事項 ( _____ )		
(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) ※てんかんの状況については右記の特記欄に記入する。			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 ※2, 3は該当するカタカナを○で囲む 1 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) 2 乱用物質 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他 ( _____ ) 3 状態像 ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 エ その他 ( _____ )			
(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 ( _____ )			

⑥現在の治療内容

※自立支援医療と手帳を 同時申請する場合のみ 記載する（手帳のみの申請時には記載は必要ありません。）

1 投薬内容

（同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合は、その理由）

2 精神療法等

- ・通院精神療法 ・通院集団精神療法 ・精神科作業療法 ・精神科デイケア
・その他

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑦今後の治療方針

※自立支援医療と手帳を 同時申請する場合のみ 記載する（手帳のみの申請時には記載は必要ありません。）

⑧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 (該当するものを○で囲む)

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 ※ (1) ~ (8) についてそれぞれ該当するものを○で囲む

- (1) 適切な食事摂取
(2) 身辺の清潔保持、規則正しい生活
(3) 金銭管理と買物
(4) 通院と服薬 (要・不要)
(5) 他人との意思伝達・対人関係
(6) 身辺の安全保持・危機対応、
(7) 社会的手続や公共施設の利用
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

3 日常生活能力の程度 ※該当するものを○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。

⑨ ⑧の具体的程度、状態等

⑩現在の障害福祉等のサービスの利用状況

- (1) 利用なし
(2) 利用あり ※ありの場合は下記の該当する項目を○で囲む
・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 ・その他 ( )

⑪備考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関所在地
名称
診療科担当科
電話番号
医師氏名

※以下は、自立支援医療と手帳を同時申請する場合で、主たる精神障害の ICD カテゴリーが F4 ~ F9 で「重度かつ継続」に該当する場合、(1)、(2) のいずれかを記載してください。

医師の略歴

- (1) 精神保健指定医 (指定医番号: )
(2) 3年以上精神医療に従事した経験を有する医師 [ ] 内に経歴を記載してください。