

(別紙様式2)

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、右の病名と対応するF00～F99, G40のいずれかを記載してください。)		(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してください。)		(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○で囲んでください。)		5 4 の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 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() (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()		[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してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)		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○で囲んでください。)	
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(該当するものを一つを○で囲んでください。)		(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) 適切な食事摂取 ①自発的にできる ②自発的にできるが援助が必要 ③援助があればできる ④できない (2) 身辺の清潔保持、規則正しい生活 ①自発的にできる ②自発的にできるが援助が必要 ③援助があればできる ④できない (3) 金銭管理と買物 ①適切にできる ②おおむねできるが援助が必要 ③援助があればできる ④できない (4) 通院と服薬(要・不要) ①適切にできる ②おおむねできるが援助が必要 ③援助があればできる ④できない (5) 他人との意思伝達・対人関係 ①適切にできる ②おおむねできるが援助が必要 ③援助があればできる ④できない (6) 身辺の安全保持・危機対応、 ①適切にできる ②おおむねできるが援助が必要 ③援助があればできる ④できない (7) 社会的手続や公共施設の利用 ①適切にできる ②おおむねできるが援助が必要 ③援助があればできる ④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 ①適切にできる ②おおむねできるが援助が必要 ③援助があればできる ④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(該当する項目を○で囲んでください。)		上記のとおり診断します。 年 月 日	
① 障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練) ② 共同生活援助(グループホーム) ③ 居宅介護(ホームヘルプ) ④ 訪問指導等 ⑤ 生活保護 ⑥ その他の障害福祉サービス()		医療機関所在地	
9 備考[自立支援医療費(精神通院)を同時申請する場合、投薬内容を記入してください。また、※ ICDコードが F 0 ～ F 3 ・ G 4 0 以外で「重度かつ継続」に該当する旨を申請する場合は意見書も添付してください。]		医療機関の名称	
		電話番号	
		診療担当科名	
		医師氏名(自署又は記名捺印)	

