

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)			
氏名		生年 月日	年 月 日生(歳)
居住地			
①病名 (ICD コードは、右の病名と対応する F00~F99 又は 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 _____ 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並びに治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の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年月日 (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。)	(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 (けいれん及び意識障害) 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 覚せい剤 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してください。) 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及び活動 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定してください。児童の場合は年齢相応の能力と比較の上で判定してください。)
1 現在の生活環境 (該当するものを○で囲んでください。) 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 (それぞれ該当するもの一つを○で囲んでください。) (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 (該当するもの一つを○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。
⑦ ⑥の具体的程度、状態等
⑧現在の障害福祉等サービスの利用状況 (障害者自立支援法 (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、生活保護の有無等)
⑨備考
_____ 年 月 日 病院又は診療所の名称 _____ 診療担当科名 _____ 所在地 _____ 医師氏名 _____ 電話番号 _____

注 記名押印に代えて署名することができる。