

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		京都府			
① 病 名 （ICDコードは、右の 病名と対応するF00～ F99、G40のいすれ 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 内容等を記載してくだ 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 (疾患名 年 月頃)			
④ 現在の病状、状態像等 (おおむね過去2年間に認められたもの及び今後2年間に予想されるものを含め、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（ ） 2 てんかん以外のけいれん 3 意識障害 4 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 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 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 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（ ）					
⑤ 「④現在の病状、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)					
※ てんかん発作の場合は、該当するものすべてを○で囲み、頻度、最終発作を記載してください。					
イ、意識障害はないが、随意運動が失われる発作 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日）					
ロ、意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日）					
ハ、意識障害の有無を問わず、転倒する発作 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日）					
二、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日）					

⑥ 生活能力の状態 （保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った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。）																																														
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（該当するものを○で囲んでください。） <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">(1) 適切な食事摂取</td> <td style="width: 10%;">自発的にできる</td> <td style="width: 10%;">・ 自発的にできるが援助が必要</td> <td style="width: 10%;">・ 援助があればできる</td> <td style="width: 10%;">・ できない</td> </tr> <tr> <td>(2) 身の清潔保持、規則正しい生活</td> <td>自発的にできる</td> <td>・ 自発的にできるが援助が必要</td> <td>・ 援助があればできる</td> <td>・ できない</td> </tr> <tr> <td>(3) 金銭管理と買物</td> <td>適切にできる</td> <td>・ おおむねできるが援助が必要</td> <td>・ 援助があればできる</td> <td>・ できない</td> </tr> <tr> <td>(4) 通院と服薬</td> <td>・ 要 適切にできる</td> <td>・ おおむねできるが援助が必要</td> <td>・ 援助があればできる</td> <td>・ できない</td> </tr> <tr> <td colspan="5">（双方とも不要の場合「不要」に○印） ・ 不要</td> </tr> <tr> <td>(5) 他人との意思伝達・対人関係</td> <td>適切にできる</td> <td>・ おおむねできるが援助が必要</td> <td>・ 援助があればできる</td> <td>・ できない</td> </tr> <tr> <td>(6) 身の安全保持・危機対応</td> <td>適切にできる</td> <td>・ おおむねできるが援助が必要</td> <td>・ 援助があればできる</td> <td>・ できない</td> </tr> <tr> <td>(7) 社会的手続や公共施設の利用</td> <td>適切にできる</td> <td>・ おおむねできるが援助が必要</td> <td>・ 援助があればできる</td> <td>・ できない</td> </tr> <tr> <td>(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加</td> <td>適切にできる</td> <td>・ おおむねできるが援助が必要</td> <td>・ 援助があればできる</td> <td>・ できない</td> </tr> </table>		(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 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	（双方とも不要の場合「不要」に○印） ・ 不要					(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
(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 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																																										
（双方とも不要の場合「不要」に○印） ・ 不要																																														
(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（該当する番号を選んで、いずれか一つを○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生活能力の状態」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（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）、就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等について記載してください。）																																														
自立支援医療（精神通院）の申請を同時にされる場合は、⑨から⑪もご記載ください。																																														
⑨ 現在の治療内容 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> (1) 投薬内容（自立支援医療（精神通院）の対象となる薬剤名を記載 ください。投薬がない場合は投薬なしと記載してください。） </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> (2) 精神療法等（通院精神療法、認知行動療法、集団精神療法、 精神科作業療法、てんかん指導等を記載してください。） </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> (3) 精神科デイ・ケア（ショート・ケアを含む）指示 有・無 (4) 精神科訪問看護指示 有・無 </td> </tr> </table>		(1) 投薬内容（自立支援医療（精神通院）の対象となる薬剤名を記載 ください。投薬がない場合は投薬なしと記載してください。）	(2) 精神療法等（通院精神療法、認知行動療法、集団精神療法、 精神科作業療法、てんかん指導等を記載してください。）	(3) 精神科デイ・ケア（ショート・ケアを含む）指示 有・無 (4) 精神科訪問看護指示 有・無																																										
(1) 投薬内容（自立支援医療（精神通院）の対象となる薬剤名を記載 ください。投薬がない場合は投薬なしと記載してください。）	(2) 精神療法等（通院精神療法、認知行動療法、集団精神療法、 精神科作業療法、てんかん指導等を記載してください。）																																													
(3) 精神科デイ・ケア（ショート・ケアを含む）指示 有・無 (4) 精神科訪問看護指示 有・無																																														
⑩ 今後の治療方針及び治療目標																																														
⑪「重度かつ継続」に関する意見（ICDコードF00～F39、G40以外の場合、該当するものを○で囲んでください。） 重度かつ継続 該当する・該当しない 医師の経歴 精神保健指定医・3年以上精神医療従事経験あり																																														
⑫ 備 考																																														
上記のとおり、診断します。 年 月 日（「②初診年月日」欄の「主たる精神障害の初診年月日」から6箇月以上経過した日付のものに限ります。）																																														
医療機関の名称	診療担当科名																																													
所在地・電話番号	医師氏名																																													