

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 年 月 日生（ 歳）	男・女
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, G41のいずれかを記載ください。)	(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 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 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） ※「①病名」欄の主たる精神障害のICDコードが「F0～F3, G40, G41」以外の場合記入ください。 ●情動および行動の障害または不安及び不穏状態にあり、計画的集中的な通院医療を継続的に要すると ア 判定される ← イ 判定されない （「重度かつ継続」に該当する場合は、こちらを○で囲んでください。）	
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および今後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 (けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型 () 頻度(月 回または年 回) 最終発作(年 月 日) 2 意識障害あり 3 転倒する 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（内容・程度を⑤欄に具体的に記載ください。） 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、検査所見等および「⑥生活能力の状態」の具体的程度、状態等を記載ください。 (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定してください。児童で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 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、どれか一つを○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行うことができる。 (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 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (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）	
⑧ 備考	●今後の治療方針（具体的に記載ください。） ●今後も継続的集中的な治療を継続的に行う ア 必要がある ← イ 必要がない (「重度かつ継続」に該当する場合は、こちらを○で囲んでください。)
上記のとおり、診断します。平成 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	●精神保健指定医
電話番号	医師氏名 印 ●3年以上精神医療従事経験あり (記名捺印または自筆による署名) ↑ ※「① 病名」欄の主たる精神障害のICDコードが「F0～F3, G40, G41」以外で「重度かつ継続」と判定された場合、いずれかを○で囲んでください。

●印欄は自立支援医療（精神通院）を同時に申請されるとき記載してください。