

診断書 (1. 精神障害者保健福祉手帳 ■、2. 精神通院医療 ●、3. 同時申請 ■+●)

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)			男・女						
住所										
① 病名：病名と対応するICDコードを、F00～F99、G40のように3桁で記載。 F又はG 数字										
(1) 主たる精神障害	_____	ICDコード	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
(2) 従たる精神障害	_____	ICDコード								
(3) 身体合併症	_____									
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並びに治療の経過及び内容 ※手帳の申請には初診年月日から6か月以上経過していることが必要	(推定発病時期 年 月頃)									
④ 現在の病状及び状態像等 (該当する項目を○で囲むこと。)										
(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 (イ・ロ・ハ・ニ) 頻度 () 最終発作 (年 月 日) てんかん発作の型 イ：意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ：意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作										
2. 意識障害 3. その他 ()										
(9) 精神作用物質の乱用、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) 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動的な関心と活動 4. その他 ()										
(12) その他 ()										
⑤ ④の病状及び状態像等の具体的程度、症状、検査所見等										

⑥ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (グループホーム、ケアホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)
⑦ 備考

■ **精神障害者保健福祉手帳用記載欄**

※精神通院医療の申請のみの場合は、記載不要

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。 <u>児童にあつては、年齢相応の能力と比較の上で判断する。</u>)	
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○で囲むこと。) (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) 金銭管理と買い物 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、いずれか一つを○で囲むこと。) 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、身のまわりのことはほとんどできない。
上記の具体的程度、状態等 <u>※必ず記載すること。</u>	

● **精神通院医療用記載欄**

※精神障害者保健福祉手帳の申請のみの場合は、記載不要

① 投薬内容 (薬剤名及び用法用量) ② 精神療法等(該当する番号を○で囲むこと。) 1. 通院精神療法 2. 精神分析療法 3. 精神科作業療法 4. 精神科デイケア 5. 認知行動療法 6. てんかん指導料 7. その他() 8. 訪問看護の指示	③ 今後の治療方針
<u>※主たる精神障害のICDコードがF40～F99の場合は、下記も記載すること。</u> ④ 「重度かつ継続」の有無 (有 ・ 無) ⑤ 医師の略歴(精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することが必要) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医 (第 号) <input type="checkbox"/> 精神医療に従事した経験 (年以上)	

上記のとおり、診断します。 病院又は診療所の名称 医療機関所在地 電話番号 診療担当科名 医師氏名 (自署又は記名押印)	平成 年 月 日
--	----------

※ 審査会 使用欄	1 級	2 級	3 級	非該当

