（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） | | | 男　・　女 |
| 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 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。）  (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**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  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  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 | | | | | 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。）  　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（　　　　　　　　　　　） | | | | 上記のとおり診断します。  　　　　　　　 　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　医療機関所在地  　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） | | |
| **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　F0～F3・G40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。] | | | |