

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）		
住所			
1 病名 （右の病名と対応するICDコードをF00～F99、G40のように3桁で記載。F1、F06疾患はなるべく4桁で記載。）	(1) 主たる精神障害	ICD10コード	F又はG 数字
	(2) 従たる精神障害	ICD10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する。）	（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○で囲む）			
(1) 抑鬱状態			
ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他（ ）			
(2) そう状態			
ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他（ ）			
(3) 幻覚妄想状態			
ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他（ ）			
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態			
ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他（ ）			
(5) 統合失調症等残遺状態			
ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他（ ）			
(6) 情動及び行動の障害			
ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他（ ）			
(7) 不安及び不穏			
ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他（ ）			
(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害）			
ア てんかん発作 発作型（ ） 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日）			
イ 意識障害 ウ その他（ ）			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等			
ア アルコール イ 覚醒剤 ウ 有機溶剤 エ その他（ ）			
① 乱用 ② 依存 ③ 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）			
④ 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			
ア 知的障害（精神遅滞） ① 軽度 ② 中等度 ③ 重度 療育手帳（有・無、等級等 ）			
イ 認知症 ウ その他の記憶障害（ ）			
エ 学習の困難 ① 読み ② 書き ③ 算数 ④ その他（ ）			
オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他（ ）			
(11) 広汎性発達障害関連症状			
ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害			
ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ 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する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）					
(1) 現在の生活環境					
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所（施設名 ） <input type="checkbox"/> 在宅（ア 単身・イ 家族等と同居） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
(2) 日常生活能力の判定（該当するもの一つを○で囲む）					
ア 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	
イ 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	
ウ 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	
エ 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	
オ 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	
カ 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	
キ 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	
ク 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○で囲む）					
ア 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。					
イ 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。					
ウ 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。					
エ 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。					
オ 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（就労・就学・家庭生活の状況等）					
8 現在の障害福祉等のサービスの利用状況					
<input type="checkbox"/> 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（平成十七年法律第二百二十三号）に規定する自立訓練（生活訓練）					
<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）					
<input type="checkbox"/> 居宅介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 訪問指導					
<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス（ ）					
9 備考					
自立支援医療費（精神通院）同時申請の場合は、以下についても記入してください。					
1 現在の治療内容					
(1) 投薬の有無（有・無）内容〔 〕					
(2) 精神療法の有無（有・無）内容〔 〕					
(3) 訪問看護指示の有無（有・無）					
(4) 他医療機関への通院の有無（有・無）→「有」の場合 医療機関名 _____ 内容 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他（ ）					
2 今後の治療方針 〔 〕					
3 重度かつ継続 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当（重度かつ継続の要件は裏面を参照）					
上記のとおり、診断します。 令和 年 月 日					
医療機関の名称		※自立支援医療費（精神通院）同時申請で、「3 重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がF40～F99の場合は医師の略歴を（精神医療に3年以上従事した経験を有することがわかるように）記載すること			
医療機関所在地					
電話番号					
診療担当科名		<input type="checkbox"/> 精神保健指定医			
医師氏名（自署又は記名押印）		<input type="checkbox"/> 精神保健指定医ではない（下記に精神医療従事歴を記載）			
		精神科： 年 月 日～ 年 月 日勤務			
		その他： 年 月 日～ 年 月 日勤務			
		主に診察した疾患名（ ）			
※手帳判定		1	2	3	非該当

注意 用紙の大きさは、日本工業規格A列3番とします。

「重度かつ継続」の要件

① 主たる精神障害がICD-10コードのF00～F39及びG40に該当すること。

② 上記①に該当しない（ICD-10コードがF40～F99）の場合、以下のA、B両方に該当すること。

A：「発病から現在までの病歴」「現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、消長を繰り返し、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること(予防も含む)。

B：「現在の治療内容」「今後の治療方針」において、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること。

※1「計画的であること」＝中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。

※2「集中的であること」＝単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。