

診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名				年 月 日生 (歳)			
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)	(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 (前医がある場合、前医が初めて診断した日)			年	月	日	
	診断書作成医療機関の初診年月日			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、病状・治療の経過、病状・治療内容、生活歴、現在の就労状況等)	(推定発病年月 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。) ※おおむね過去2年間に認められたもの、今後2年間に予想されるものを含む。	(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 ()			⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 (具体的な精神症状や日常生活への影響を記載)			
	(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) ※以下を参照して該当するものを○で囲む。 頻度 (回/月・年) 最終発作 (年 月 日)						
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							
(9) 精神作用物質の乱用、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 (状態像を該当項目に再掲) 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)			検査所見 検査名 () 検査結果 () 検査時期 ()			
	(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 ()							

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 入院・入所 (施設名) ・ 在宅 (ア 単身・イ 同居) ・ その他 ()			
2 日常生活能力の判定 (該当するもの一つを○で囲む。)			
(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 (該当する番号を一つ選んで、○で囲む。[2 日常生活能力の判定]との整合性を考慮し、記載。)			
(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。			
⑦ ⑥の具体的程度、状態等			
⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (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 (平成17年法律第123号) 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、生活保護等の有無)			
有 (具体的に記載) ()			
無			
⑨ 備 考	*千葉県 処理欄	1 2 3 非該当	
		自立支援医療費 該 当 ・ 非該当	

*自立支援医療を同時申請する場合、下記記載 (ただし、主たる精神障害がICD-10におけるF0、F1、F2、F3、G40の場合は記載不要)

重 度 か つ 継 続 の 有 無	(い ず れ か を ○ で 囲 む)	無		
		有 (右記も 記載)	医師の略歴 (いずれかを○で囲むとともに、括弧内も記載) 1 精神保健指定医 (指定医番号:) 2 その他 (3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載)	
		*千葉県 処理欄	重度かつ継続について 該 当 ・ 非該当	
		年 月 日		
(「②初診年月日」から6か月以上経過していることが必要) 上記のとおり診断します。				
医療機関 所在地		診療担当科名		
名 称		医師氏名		
電 話 番 号		(自署又は記名押印)		