精神障害者保健福祉手帳診断書

＊1）本申請には精神障害を主訴とした医療機関に受診した日（＝初診日）より6ヶ月以上の経過が必要

フリガナ 氏　名		明治・大正・昭和・平成 年　月　日生　歳
住　所		

① 病 名	（「ICDコード」欄には、F00～F99及びG40の範囲のものを記入してください。）		
病 名	1）主たる精神障害	2）従たる精神障害	3）身体合併症
ICDコード	F□□.□ ・ G40	F□□.□ ・ G40	／
身体障害者手帳	なし・あり（障害種別：視覚・聴覚・肢体内部・肢体　　級）		
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日　＊1）： 昭和・平成・令和　年　月　日	診断書作成医療機関の初診年月日： 昭和・平成・令和　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：発作区分（ア 意識障害はないが、随意運動が失われる イ 意識を失い、行為が途絶するが倒れない
ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す）
発作頻度（　／月・年）　最終発作（　年　月ごろ）
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：（なし・あり：A、B1、B2）
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】（身体所見（神経学的所見）、臨床検査の結果（心理テスト・知能テスト等）を含む）

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 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）身辺の清潔保持、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）身辺の安全保持・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○で囲む）
(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（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、生活保護の有無）

⑨ 備考

⑩ 自立支援医療関連（自立支援医療と同時申請の場合に記入する。）

（主たる精神障害がICDカテゴリーF40～F99の場合は以下の該当項目にチェックを記入）

1 **高額治療継続者に　□該当　□非該当**
2 **医師の略歴　□精神保健指定医　□3年以上精神医療に従事した経験がある医師**
3 訪問看護の指示　なし・あり
訪問看護ステーション名：
指示内容：

上記のとおり、診断します。

令和　年　月　日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号　　医師氏名（自署又は記名捺印）

診療担当科名

様式作成：平成 26 年度