

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	氏名・生年月日・年齢・住所は、申請者本人の特定に関わる情報ですので、正確に御記載ください。	
住所	「知的障害(精神発達遅滞)」が主たる精神障害の場合は本手帳の対象となりません。	
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 _____ (3) 身体合併症 _____	精神障害と関連する身体疾患があれば、御記載ください。 ICDコードはアルファベット+数字2ケタでお願いいたします。
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 月 日 (推定発病年月 _____ 年 月頃)	前医があれば、前医の初診年月日を記載してください。初診日、または治療中断後の治療再開から6か月経過していない場合(診断書作成日から遡って6か月間の治療経過が確認できない場合)、等級判定が困難であることから、確認のため、返戻することがあります。
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容(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)	主たる精神障害の推定発病年月日及び前医を含めた受診歴、生活歴について、なるべく詳細に御記載ください。 * 器質性精神障害(認知症を除く。)の場合、発症の原因となる疾患名 _____ 年 月 日	
④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む。)	⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状等	
(1) 抑鬱状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮	現在の病状、状態像について、診断書記入時点のみでなく、概ね過去2年間に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものを含め、該当する状態像及び症状を○で囲んでください。 なお、「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を御記載ください。	④欄において○で囲んだ病状、状態像について、具体的程度、症状等を御記載ください。
(2) そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚		
(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 ()		
(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		
(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) 不安及びパニック発作等 1 強度の不安 2 頻度 3 持続時間 4 解離・解離性失調		
(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() 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、依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他 () 7 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(病状、状態像等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) 7 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有 級・無) 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 7 読み イ 書き ウ 計算 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 ()		
	検査所見(脳画像検査、脳波検査、知能検査 認知機能検査等) 検査名、検査結果及び検査時期	器質性精神障害の場合には画像診断所見を、てんかんの場合には脳波所見を、認知症の場合には簡易知能検査結果等を、また発達障害の場合には検査を行っていれば結果等の所見を御記載ください。

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。)

<p>1 現在の生活環境 入院・入所(施設) (在宅(7 単身 イ 家族等と同居) ・その他(通院と服薬に○を!)</p> <p>2 日常生活能力の半 (該当するものを○で囲む。)</p> <p>(1)適切な食事摂取 自発的にできる ・ 自発的</p> <p>(2)身の清潔保持 自発的にできる ・ 自発的</p> <p>(3)金銭管理と買物 適切にできる ・ おおむね</p> <p>(4)通院と服薬 (要・不要) 適切にできる ・ おおむね</p> <p>(5)他人との意思伝達・対人 適切にできる ・ おおむね</p> <p>(6)身の安全保持・危機対応 適切にできる ・ おおむね 適切にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない</p> <p>(7)社会的手続や公共施設の利用 適切にできる ・ おおむね 適切にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない</p> <p>(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 適切にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない</p>	<p>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。)</p> <p>(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。</p> <p>(2) 日常生活能力の程度が(1)に該当する場合、手帳の交付は原則「非該当」となります。</p> <p>(3)</p> <p>(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。</p> <p>(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⑥欄の2の日常生活能力の判定と⑥欄の3の日常生活能力の程度については、診断書記入時点のみでなく、概ね過去2年間に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものを含め、該当する項目を○で囲んでください。
なお、⑥欄の2の日常生活能力の判定と、⑥欄の3の日常生活能力の程度に大きな差異がある場合、再度お尋ねする場合があります。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

⑥欄で記載された日常生活能力の状況及び障害について、より具体的に御記載ください。

⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況 [障害者自立支援法に基づく自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護等の有無]

有(具体的に記載)
・
無

備考欄を除き、すべての項目について御記載ください(⑧欄の場合、「有・無」のいずれかに○を付けてください)。記載すべき事項がない場合は、「特記事項なし」等記載するか、斜線を引く等により、その旨を明記ください。

⑨ 備考(訪問看護、他院での検査、デイケア等の指示があれば、医療機関名及び指示内容を記載)

自立支援医療を同時申請し、診断書作成医療機関の他に、検査のための医療機関受診や、訪問看護、デイケア等を指示している場合、指示内容を記載してください。

1 ・ 2 ・ 3 ・ 非該当

【主たる精神障害がICD-10におけるF0、F1、F2、F3、G40以外の場合で、障害者手帳と自立支援医療の同時申請を希望するときには、下記について記載すること。】

重度かつ継続の有無 (いずれかを○で囲むこと)	無	記載忘れに注意! 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略歴を記載)
	有	

「有」の場合は右記を記載

記載忘れに注意!

年 月 日 上記のとおり診断し、 医療機関所在地 名 科 電話番号	※千葉県 処理欄	重度かつ継続 該当・非該当
手帳交付申請に添付できる診断書は、当該精神障害に係る 初診日から6か月を経過した日以後におけるもの に限られておりますので御注意ください。	診療担当科名 医師氏名 (自署又は記名押印)	特に、記載漏れの無いよう、確認してください。

印