

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。		主たる精神障害が「知的障害(精神発達遅滞)」であると本手帳の対象となりません。また、「アルコール(薬物)依存症」でアルコール(薬物)の乱用、依存のみでは本手帳の対象となりません。	
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	()		(2) 従たる精神障害
	(3) 身体合併症	()		
② 初診年月日		主たる精神障害の初診年月日 診断書作成医療機関の初診年月日 (推定発病年月 年 月頃)		
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。		前医があれば、前医の初診年月日を記載してください。(初診日または長期の治療中断後の再開から6ヶ月経過していない場合、非該当となります。)
		* 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及びその発症日 (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。)		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 3 (2) そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺 (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 (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 (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 6 その他 () (7) 不安及び 1 強度の不安 2 不安定 4 解離・		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。「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。 自立支援医療を同時申請する場合には、治療内容、治療の必要性について、⑤欄に御記載ください。		
てんかんは、(8)に発作型、頻度、最終発作等を正確に御記載ください。				
(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()		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		
(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()		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。		
(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。)

<p>1 現在の生活環境 入院・入所(施設名) ・在宅(7 単身 1 家族等と同居) ・その他() 注意! ○を!</p> <p>2 日常生活能力の判定 (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 ・自発的にできるが援助が必要</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(7) 社会的手続や公共施設の利用 適切にできる ・おおむねできるが援助が必要</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 ・おおむねできるが援助が必要</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) 精神障害を認め、日常生活及び社会生活は普通でないが、日常生活能力の程度が(1)に該当する場合、通常手帳の交付は「非該当」となります。</p> <p>(3) 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>(4) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。</p>
--	--

2の日常生活能力の判定と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、2の日常生活能力の判定と、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

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。
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、医療機関や訪問看護、デイケア等2ヶ所以上希望する場合、指示内容を御記載ください。

	※千葉県 処理欄	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	<p>記載忘れに注意!</p> <p>医師の略歴(いずれかを○で囲むとともに、括弧内も記載)</p> <p>1 精神保健指定医(指定医番号:)</p> <p>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)</p>
	有	

「有」の場合は右記を記載

<p>年 月 日</p> <p>上記のとおり診断します。</p> <p>医療機関所在地</p> <p>名 称</p> <p>電話番号</p>	※千葉県 処理欄	重 度 か つ 継 続 の 有 無 該 当 ・ 非 該 当
--	-------------	---

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。

手帳交付の適否の判定は、当該精神障害に係る初診日から6ヶ月以上経過した時点の診断書に限られていますので御注意ください。