

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、正確に記載してください。	主たる精神障害が「F7」の場合対象外となります。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 _____ ICDコード (_____) (2) 従たる精神障害 _____) (3) 身体合併症 _____) 身体障害者手帳(身体障害) _____ 級・無)	ICDコードはアルファベット+数字2ケタ以上(F***)で記載してください。
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)	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。
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記載してください。 * 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。)	(1) 抑鬱状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性・ (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 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) てんかんは、(8)に発作型、頻度、最終発作等を正確に記載してください。 (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) (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 7 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(_____) 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 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 (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 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 (_____)	④欄は、該当する症状及び状態像を○で囲んでください。 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、治療内容、治療の必要性を記載してください。 (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)

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(ア 単身 イ 家族等と同居)</p> <p>2 必ず記載してください。 (受診者が精神科を標榜する医療機関に入院中の場合、自立支援医療は対象外となります。)</p> <p>自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 (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 (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 (5) 社会的な活動への参加 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 (6) 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>○を必ず記載してください。 (不要の場合、自立支援医療は対象外となります。)</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、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。</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、時に応じて援助を必要とする。</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>
--	--

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

症状や病歴を記載するのではなく、生活の能力の障害について、具体的に記載してください。
就学・就労状況についても記載してください。

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記載してください。

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	
	有	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) 主たる精神障害のICDコードがF4～F9の場合は必ず記載してください。

※千葉県処理欄 重度かつ継続 該当・非該当

年 月 日

上記のとおり診断します。

医療機関所在地

診療担当科名

医師氏名

必ず記載してください。

電話番号

(自署又は記名押印)

印

※記載漏れがある場合には、返却いたします。