

診 断 書(精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ	明治・大正・昭和・平成		
氏 名	年 月 日生 歳 男・女		
住 所			
① 病 名 (「ICD カテゴリー」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 カテゴリー			
② 発病から現在までの病歴		推定発病年月: 年 月 頃	初診年月日: 年 月 日 ※1
現病歴・受診歴等 (※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)			
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)		(左記具体的程度・病状等) (個別的、具体的に記載)	
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()		※「てんかん」について 下記に関しても必ずお答えください。 1. 発作頻度 (/月) 2. 最終の発作 (年 月 頃) 3. 発作区分(下記、該当項目に○) 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	
(2) そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・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 感情鈍麻 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 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 その他 ()			
(8) けいれん及び意識障害 1 けいれん 2 意識障害 3 その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 ()			
(10) 知能障害 1 知的障害(精神遅滞) [ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度] 2 認知症			
④ 特記事項 [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]			

⑤ 生活能力の状態 (保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を送る場合を想定してください。)	
1 現在の生活環境 入院・入所(施設名)・在宅・その他 ()	
2 日常生活能力の判定 (該当する項目を一つ○で囲んでください。)	
(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 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○で囲んでください。)	
(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。	
⑥ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況と今後の方針等を具体的に記入してください。 (障害者自立支援法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)、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、小規模作業所、訪問指導等)	
⑦ 備考 (訪問看護等の指示があれば、そのステーション名を本欄に記載、その他) ※自立支援医療(精神通院医療)の申請等を同時に行う場合「高額治療継続者」に該当・非該当	
年 月 日	※自立支援医療(精神通院医療)の申請等を同時に行う場合で、(F0～F3 及び G40 以外の病名の場合は、精神保健指定医である等、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)
上記のとおり、診断します。	
医療機関所在地	医師氏名(自署 又は 記名押印)
医療機関名称	
診療担当科	
電話番号	