

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用) 手帳のみ申請 手帳・自立の同時申請

氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日生	歳						
住所(居住地を記載):											
① 病名(状態像ではなく病名を記載すること) ※ 病名と整合するICD-10コードを、F00～F99、G40のように3桁を記載。											
(1) 主たる精神障害	_____	ICDコード	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;">FまたはG</td><td style="width: 20px;">数字</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>	FまたはG	数字						
FまたはG	数字										
(2) 従たる精神障害	_____	ICDコード	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;">FまたはG</td><td style="width: 20px;">数字</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>	FまたはG	数字						
FまたはG	数字										
(3) 身体合併症 <small>〔精神障害の治療又は症状に起因するもの〕</small>	_____	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	_____級						
② 現病歴											
(1) 主たる精神障害の初診年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日							
(2) 診断書作成医療機関の初診年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日							
(3) 発病から現在までの病歴(推定発病年月、発病状況、初発症状、治療経過、治療内容など病歴、初診日を含め具体的に記載。) ※精神通院医療との同時申請の場合、入院中の新規申請はできないため、退院日及び通院事実を記載すること。											
※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)											
③ 現在の病状、状態像等(該当する項目や記号をチェックするか空欄に記載すること)											
(1)抑うつ状態: <input type="checkbox"/> 1 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 2 易刺激性・興奮 <input type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> 4 その他()											
(2)躁状態: <input type="checkbox"/> 1 行為心迫 <input type="checkbox"/> 2 多弁 <input type="checkbox"/> 3 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> 4 その他()											
(3)幻覚妄想状態: <input type="checkbox"/> 1 幻覚 <input type="checkbox"/> 2 妄想 <input type="checkbox"/> 3 その他()											
(4)精神運動興奮及び昏迷の状態: <input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶 <input type="checkbox"/> 4 その他()											
(5)統合失調症等残遺状態: <input type="checkbox"/> 1 自閉 <input type="checkbox"/> 2 感情平板化 <input type="checkbox"/> 3 意欲の減退 <input type="checkbox"/> 4 その他()											
(6)情動及び行動の障害: <input type="checkbox"/> 1 爆発性 <input type="checkbox"/> 2 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 3 多動 <input type="checkbox"/> 4 食行動の異常 <input type="checkbox"/> 5 チック・汚言 <input type="checkbox"/> 6 その他()											
(7)不安及び不穏: <input type="checkbox"/> 1 強度の不安・恐怖 <input type="checkbox"/> 2 強迫体験 <input type="checkbox"/> 3 心的外傷に関する症状 <input type="checkbox"/> 4 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> 5 その他()											
(8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害): <input type="checkbox"/> 1 てんかん発作 <input type="checkbox"/> 2 意識障害 <input type="checkbox"/> 3 その他() てんかん発作の状況 最終発作 _____年 _____月 _____日 ※発作の型と頻度を以下より選択 <input type="checkbox"/> イ 意識障害はないが随意運動が失われる発作 (<input type="checkbox"/> 月 1 回以上 <input type="checkbox"/> 月 1 回未満) <input type="checkbox"/> ロ 意識を失い行為が途絶すが倒れない発作 (<input type="checkbox"/> 月 1 回以上 <input type="checkbox"/> 月 1 回未満) <input type="checkbox"/> ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (<input type="checkbox"/> 月 1 回以上 <input type="checkbox"/> 年 2 回以上 <input type="checkbox"/> 年 2 回未満) <input type="checkbox"/> ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 (<input type="checkbox"/> 月 1 回以上 <input type="checkbox"/> 年 2 回以上 <input type="checkbox"/> 年 2 回未満)											
(9)精神作用物質の乱用及び依存等: <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存 <input type="checkbox"/> 3 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) <input type="checkbox"/> 4 その他() 現在の精神作用物質の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 知的能力の障害: <input type="checkbox"/> 精神遅滞 <input type="checkbox"/> 認知症 障害の程度(<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) 療育手帳(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 2 その他の記憶障害() <input type="checkbox"/> 3 学習の困難(<input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 算数 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 4 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 5 注意障害 <input type="checkbox"/> 6 その他()											
(11)広汎性発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 1 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/> 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/> 4 その他()											
(12)その他()											
④ ③の病状・状態像の具体的程度、症状、検査所見等 ※現在の病状を具体的に記載											
[検査所見、検査名、検査結果、検査時期] ※認知症、器質性精神障害、発達障害、知的障害の場合、心理検査結果の時期も含めて必ず記載											
⑤ 生活の状況											
(1)生活環境 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 入院・入所(施設名: _____) <input type="checkbox"/> 在宅(<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居あり)											
(2)現在の障害福祉サービス及び教育的サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に規定する自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) } <input type="checkbox"/> 無 { <input type="checkbox"/> 居宅介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> 教育的サービス等() } <input type="checkbox"/> 無 { <input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス等() }											
(3)現在の就労 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A <input type="checkbox"/> 就労継続支援B <input type="checkbox"/> その他())											

患者氏名	A4 2枚で提出の場合は、患者氏名を記載願います。	県・保健所・市町 提出用		
⑥ 生活能力の状態				
(1)日常生活能力の判定(該当する項目を一つ選択) ※ 精神疾患以外による生活機能の制限は精神障害の程度の評価に加味することはできない。また、保護的環境でなく、単身生活を想定して判定すること。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判定する。				
1 適切な食事摂取	<input type="checkbox"/> 自発的にできる	<input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
2 身の清潔保持・規則正しい生活	<input type="checkbox"/> 自発的にできる	<input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
3 金銭管理と買物	<input type="checkbox"/> 適切にできる	<input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
4 通院と服薬 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)	<input type="checkbox"/> 適切にできる	<input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
5 他人との意思伝達・対人関係	<input type="checkbox"/> 適切にできる	<input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
6 身の安全保持・危機対応	<input type="checkbox"/> 適切にできる	<input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
7 社会的手続や公共施設の利用	<input type="checkbox"/> 適切にできる	<input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 適切にできる	<input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要	<input type="checkbox"/> 援助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
(2)日常生活能力の程度(該当する番号を一つ選択) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 5 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。				
(3)上記の具体的程度、状態等(就労・就学・家庭生活の状況等)				
⑦ 備考				
※手帳と精神通院医療の同時申請をする場合は記載してください。				
現在の医療の内容				
(1)現在の薬物療法(精神通院医療の対象となる薬剤のみ記載すること) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
(2)精神療法等の内容				
(3)精神科訪問看護指示の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
(4)今後の治療方針 ※複数医療機関の認定の場合、他医療機関名と受診が必要な病名、受療状況についても記載すること				
※主たる精神障害のICD-10コードがF4～F9の場合に記載すること(主たる精神障害がF0～F3、G40は、指定疾患のため記載不要)。				
重度かつ継続(高額治療者)に関する意見 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
※重度かつ継続: 情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態にあり、計画的集中的な通院医療を継続的に要する状態。 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医である <input type="checkbox"/> 精神保健指定医でない ※3年以上の精神科医療の従事歴を以下に記載すること。				
[_____]				
上記のとおり診断します。 _____年 _____月 _____日				
病院又は診療所の名称: _____				
医療機関所在地: _____				
電話番号: _____ ※記名押印に代えて署名でも可。				
診療担当科名: _____ 医師氏名 _____				
※必要がある場合には、この診断書の内容について照会することがあります。 ※用紙の大きさは、A列3番を標準とすること。				