（様式第４４号）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏　名		大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日生（　　歳）
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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ICD コード（　　） (3)　身体合併症 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 身体障害者手帳（□有・□無、種別　　級）
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日 診断書作成医療機関の初診年月日　　昭和・平成・令和　　年　　月　　日
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、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する）	（推定発症時期　　年　　月頃） ＊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）

④　現在の病状、状態像等（該当する項目にチェック（□→■に変換）する）

□（1）　抑うつ状態
　□１ 思考・運動抑制　□２ 易刺激性、興奮　□３ 憂うつ気分　□４ その他（　　）
□（2）　躁状態
　□１ 行為心迫　□２ 多弁　□３ 感情高揚・易刺激性　□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）　不安及び不穏
　□１ 強度の不安・恐怖感　□２ 強迫体験　□３ 心的外傷に関連する症状　□４ 解離・転換症状
　□５ その他（　　）
□（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及び依存等
　□１ アルコール　□２ 覚せい剤　□３ 有機溶剤　□４ その他（　　）
　□ア 乱用　□イ 依存　□ウ 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）　□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）　□ア 軽度　□イ 中等度　□ウ 重度　療育手帳（□有・□無 、等級等　　）　□２ 認知症
　□３ その他の記憶障害（　　）　□４ 学習の困難　□ア 読み　□イ 書き　□ウ 算数　□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 相互的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（　　）

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見　等

〔検査所見：検査名、検査結果、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）

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）・□その他（　　）

2　日常生活能力の判定（該当するもの一つにチェック（□→■に変換）する）
(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)　身辺の清潔保持、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　・　□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)　身辺の安全保持・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（該当する番号を選んで、どれか一つにチェック（□→■に変換）する）
□(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、時に応じて援助を必要とする。
□(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。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

⑧【自立支援医療同時申請のみ】現在の治療内容（精神疾患の医療の範囲のみ記載）
1　投薬内容
（用法・用量）（　　）
2　精神療法等（　　）
3　訪問看護指示の有無　（ □有 ・ □無 ）　※該当するものにチェックをしてください。

⑨【自立支援医療同時申請のみ】今後の治療方針

⑩ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況
（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）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）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）

⑪ 備考

上記のとおり、診断します。　　年　　月　　日
医療機関の名称
医療機関所在地
電話番号
診療担当科名
医師氏名

＊判定委員会判定

障害者手帳					自立支援医療		
１級	２級	３級	不承認	保留	承認	不承認	保留