

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

和歌山県提出用

氏名	年 月 日生 (歳)		男・女
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 : _____ 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 : _____ 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。) (推定発病時期 _____ 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 (該当する項目を○で囲む。)	(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 { イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 (月 回又は年 回) ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (月 回又は年 回) ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (月 回又は年 回) ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 (月 回又は年 回) 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（該当するものを○で囲む。）

- | | | | | |
|----------------------------|---------|----------------|------------|-------|
| (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、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) 社会的な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、どれか一つを○で囲む。）

- (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 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（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、訪問指導、生活保護の有無等）

⑨ 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（自署又は記名捺印）

※ 自立支援医療（精神通院医療）と同時に申請される場合は、下記の欄を必ずご記入ください。

(1) 現在の治療内容

- 1 投薬内容（ _____ ）
- 2 精神療法等（ _____ ）
- 3 訪問看護指示（有 ・ 無）*有の場合、理由及び依頼先医療機関等（ _____ ）
- 4 デイケア指示（有 ・ 無）*有の場合、理由及び依頼先医療機関等（ _____ ）

(2) 今後の治療方針（ _____ ）

「重度かつ継続」に関する意見（所得区分・医療保険の多数該当にかかわらず、主たる精神障害がICDコードのF00～F39・G40以外の場合、判断し記入する。）

- (3) 計画的集中的な通院医療の継続の必要性 a 必要とする b 必要としない
- (4) 医師の略歴 a 精神保健指定医 b 3年以上精神医療に従事した経験がある医師