

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（確定病名を記載。対応するICDコードをF00～F99、G40のように3桁で記載。F1,F06疾患はなるべく4桁で記載。）	F又はG 数 字	
	(1) 主たる精神障害	ICD10コード
	(2) 従たる精神障害	ICD10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) 抑鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂鬱気分 エ その他（ ）		
(2) そう状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他（ ）		
(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他（ ）		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他（ ）		
(5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他（ ）		
(6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他（ ）		
(7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他（ ）		
(8) てんかん発作等（けいれんおよび意識障害） ア てんかん発作 ➡ 発作型（ ） 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日） イ 意識障害 ウ その他（ ）		
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 □ アルコール □ 覚醒剤 □ 有機溶剤 □ 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 ア 知的障害（精神遅滞） ① 軽度 ② 中等度 ③ 重度 ➡ 療育手帳（有・無、等級等 ） イ 認知症 ウ その他の記憶障害（ ） エ 学習の困難 ① 読み ② 書き ③ 算数 ④ その他（ ） オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他（ ）		
(11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ 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（ <u>該当するもの一つを○で囲む</u> ） ア 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 イ 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 ウ 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 エ 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 オ 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 カ 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 キ 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 ク 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、 <u>どれか一つを○で囲む</u> ） ア 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。 イ 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。 ウ 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。 エ 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。 オ 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（就労・就学・家庭生活の状況等）			
8	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（平成十七年法律第二百二十三号）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） ☐ 訪問指導 ☐ 生活保護 ☐ その他の障害福祉サービス（ ）			
9	備考			
自立支援医療費（精神通院）同時申請の場合は、以下についても記入してください。				
1 現在の治療内容 (1) 投薬の有無（□有・□無）〔「有」の場合 内容 〕 (2) 精神療法の有無（□有・□無）〔「有」の場合 内容 〕 (3) 訪問看護指示の有無（□有・□無 ） (4) 他医療機関への通院の有無（□有・□無 ）→「有」の場合 医療機関名 _____ 内容 □ デイケア □ カウンセリング □ その他（ ）				
2 今後の治療方針 〔 _____ 〕				
3 重度かつ継続 ☐ 該当 ☐ 非該当 （重度かつ継続の要件は裏面を参照）				
上記のとおり、診断します。 年 月 日 ※自立支援医療費（精神通院）同時申請で「3. 重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がF40～F99の場合は医師の略歴を（精神医療に3年以上従事した経験を有することがわかるように）記載すること 医療機関の名称 _____ 医療機関所在地 _____ 電 話 番 号 _____ 診 療 担 当 科 名 ☐ 精神保健指定医 ☐ 精神保健指定医ではない（下記に精神医療従事歴を記載） 医師氏名（自署又は記名押印） 精神科： 年 月 日～ 年 月 日勤務 その他： 年 月 日～ 年 月 日勤務 主に診察した疾患名（ ）				
※手帳判定		1	2	3 非該当

注 意 用紙の大きさは、日本工業規格A列3番とします。
※空欄・チェック漏れのないように注意してください。

「重度かつ継続」の要件

- ① 主たる精神障害がICD-10コードのF00～F39及びG40に該当すること。
- ② 上記①に該当しない（ICD-10コードがF40～F99）の場合、以下のA、B両方に該当すること。
 - A：「発病から現在までの病歴」「現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、消長を繰り返し、持続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること(予防も含む)。
 - B：「現在の治療内容」「今後の治療方針」において、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること。
 - ※1「計画的であること」＝中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。
 - ※2「集中的であること」＝単なる対症療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。