

診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

フリガナ		大正・昭和・平成		
氏 名				男 ・ 女
住 所	香川県			
1 病 名	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身 体 合 併 症 身体障害者手帳 (☐ 無 ☐ 有 種別)		ICD コード () ICD コード ()	
2 初 診 年 月 日	主たる精神障害の初診年月日 年 月 日 (☐ 診療録確認 ☐ 本人等申立て) 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等 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経緯、治療内容等を記載してください。)	(推定発病年月 年 月頃)			
4 現在の病状、状態像等 (該当する ☐ に ☐ 印を記入してください。)	5 4の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 (検査名、検査結果、検査時期) 等			
(1) 抑鬱状態 ☐ 思考・運動抑制 ☐ 易刺激性、興奮 ☐ 憂鬱気分 ☐ その他 ()				
(2) 躁状態 ☐ 行為心迫 ☐ 多弁 ☐ 感情高揚・易刺激性 ☐ その他 ()				
(3) 幻覚妄想状態 ☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ その他 ()				
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ☐ 興奮 ☐ 昏迷 ☐ 拒絶 ☐ その他 ()				
(5) 統合失調症等残遺状態 ☐ 自閉 ☐ 感情平板化 ☐ 意欲の減退 ☐ その他 ()				
(6) 情動及び行動の障害 ☐ 爆発性 ☐ 暴力・衝動行為 ☐ 多動 ☐ 食行動の異常 ☐ チラツク・汚言 ☐ その他 ()				
(7) 不安及び不穏 ☐ 強度の不安・恐怖感 ☐ 強迫体験 ☐ 心的外傷に関連する症状 ☐ 解離・転換症状 ☐ その他 ()				
(8) てんかん発作等 (けいせん及び意識障害) ☐ てんかん発作 発作型 () 頻度 () 最終発作 (年 月 日) ☐ 意識障害 ☐ その他 ()				
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 ☐ アルコール ☐ 覚醒剤 ☐ 有機溶剤 ☐ その他 () ☐ 乱用 ☐ 依存 ☐ 残遺性・遅発性精神障害 ☐ 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 ☐ 知的障害 (精神遅滞) ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 療育手帳 (☐ 無 ☐ 有 (等級等)) ☐ 認知症 ☐ その他の認知障害 () ☐ 学習の困難 ☐ 読み ☐ 書き ☐ 算数 ☐ その他 () ☐ 遂行機能障害 ☐ 注意障害 ☐ その他 ()				

(11) 広汎性発達障害関連 症状 ☐ 相互的な社会関係の質的障害 ☐ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ☐ 限定した常同的で反復的な関心と活動 ☐ その他 ()		(12) その他 ()	
6 生活能力の状態 (保護的環境でない場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)			
(1) 現在の生活環境 ☐ 入院 ☐ 入所 (施設名) ☐ 在宅 (単身) ☐ 在宅 (家族等と同居) ☐ その他 ()			
(2) 日常生活能力の判定 (各項目について該当する ☐ に ☐ 印を記入してください。)			
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
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
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
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
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
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
⑦ 社会的手続や公施設の利用	☐ 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
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
(3) 日常生活能力の程度 (該当する ☐ に ☐ 印を記入してください。)			
☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等) ☐ 無 ☐ 有 ()			
9 備 考 (審査の参考となる事実を記載してください。)			
※自立支援医療 (精神通院医療) を同時に申請する場合には、この欄にも記載してください。			
1 現在の治療内容			
(1) 投薬内容			
2 今後の治療方針			
3 医師の経歴 (重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害が F40～F99 と診断した場合に記載してください。) ☐ 精神保健指定医である。(指定医番号:) ☐ 精神保健指定医でない。(精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。)			
診療担当科名 医師氏名 (署名又は記名押印)			