

精神障害者保健福祉手帳用診断書

氏名			
	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生(歳) 男・女
住所			
1 病名 <small>(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)</small>	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード (F <input type="text"/> <input type="text"/> , G <input type="text"/> <input type="text"/>)		
	(2) 従たる精神障害 _____ ICDコード (F <input type="text"/> <input type="text"/> , G <input type="text"/> <input type="text"/>)		
	(3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳 (有・無・不明 , 等級)		
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成	年 月 日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成	年 月 日
3 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 <small>(推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容を記載する)</small>	(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、発病の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 : _____ , _____ 昭和・平成 _____ 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) 幻覚妄想状態等 1 幻覚 2 妄想 3 連合弛緩・減裂思考 4 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) 不安及び不穩 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 知能障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中度 ウ 重度 療育手帳 (有・無・不明 , 等級) 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 金銭管理と買い物
 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）
 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
 - 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 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

- ア. 生活訓練（援護寮） イ. 就労移行支援（通所授産施設等） ウ. 就労継続支援（福祉工場・通所授産施設等）
 エ. グループホーム オ. ケアホーム カ. 福祉ホーム キ. ホームヘルプ ク. ショートステイ ケ. 小規模作業所
 コ. 回復者クラブ サ. 保健師の訪問 シ. その他（ _____ ）

8 その他特記事項

9 自立支援医療（精神通院）の重度かつ継続に係る判定（自立支援医療を申請する場合にご記入ください）

（「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害がICDカテゴリーのF4～F9の場合は，診断する医師の略歴についてア・イ・ウのうち該当する項目に○印をつけること。）
 A 該当 B 非該当 ア 精神保健指定医 イ 精神科医（3年以上精神医療に従事） ウ その他の医師

上記のとおり診断します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関の名称
 医療機関所在地
 電話番号
 診療科担当科名
 医師氏名
 （自署又は記名捺印）

審査会 意見	該 当			非該当	保留	委員	備考
	1級	2級	3級				

* 医師氏名は，自署又は記名捺印のこと。
 * 用紙の大きさは，日本工業規格A4とすること。
 * 必要な事項については，空欄がないよう記載をお願いします。
 なお，審査判定上必要があるときは，宮城県又は仙台市から医療機関に照会をすることがあります。