

精神障害者保健福祉手帳用診断書

氏名	○○ ○子		
明治・大正・昭和・平成	○○年	○月	○日生(41歳) 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	宮城県仙台市○○区○○町○丁目○番○号		
1 病名	(1) 主たる精神障害 <u>器質性健忘症候群</u> ICDコード (F <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> , G <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ) (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) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード (F <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> , G <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> ) (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・ <input checked="" type="radio"/> 平成	24年12月21日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成	25年1月22日
3 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容	( 推定発病時期 24 年 12 月頃 ) 平成24年12月21日にくも膜下出血を発症し○○病院に救急搬送され前交通動脈瘤のクリッピング術等の急性期治療を受けた後、平成25年1月22日から○月○日まで当院に入院の上、リハビリ訓練を実施したが、著明な記憶障害(記憶力の低下)が残存した。 ( 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 ) * 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 : くも膜下出血 , 昭和・ <input checked="" type="radio"/> 平成 24年12月21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 ) <input checked="" type="radio"/> (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 <input checked="" type="radio"/> 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**

下記の神経心理学的検査の結果の通り記銘力・想起の障害が著明で常にメモなどの代償手段の活用が必要である。

[検査所見：検査名，検査結果，検査時期]

数唱は順唱4桁，逆唱3桁

WMS-Rでは，一般的記憶73，言語性記憶70，視覚性記憶92，注意集中102，遅延再生50以下

**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（介護寮）  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 25 年 9 月 4 日

医療機関の名称 ○○病院

医療機関所在地 宮城県仙台市○○区○○町○丁目○番○号

電話番号 022-○○○-○○○

診療科担当科名 ○○科

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。