

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	昭和	平成	○○年 ○月 ○日生 (44歳) 男
住所	○○市○○丁目○○-○		
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	高次脳機能障害 (記憶障害)	ICDコード (F 0 4, G )
	(2) 従たる精神障害	高次脳機能障害 (注意、遂行機能障害)	ICDコード (F 0 6, G )
	(3) 身体合併症	なし	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	21年 1月 16日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成	21年 1月 16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、治療内容を記載する)	<p>(推定発病時期 平成20年 10月頃)</p> <p>平成20年10月○日にくも膜下出血発症。○○病院に救急搬送され、緊急手術を受けた。同院入院中に記憶障害、遂行機能障害の高次脳機能障害が指摘されていた。○○市に戻り、リハビリ目的に当科を紹介され平成21年1月16日当科初診。記憶障害、注意障害、遂行機能障害を認めた。運動麻痺はなく、職場復帰を果たしたが、上記高次脳機能障害により仕事上のトラブルが多発した。平成24年○月~○月に高次脳機能障害の再評価を行い、記憶障害、注意障害、遂行機能障害が認められたので障害は固定と判断した。</p> <p>* 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</p> <p>(疾患名： くも膜下出血, 昭和・平成 20年 10月 ○日)</p>		
4 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む)	<p>(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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(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)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知能障害 ( ) 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 ( )</p> <p>(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 ( )</p> <p>(12) その他 ( )</p>		

5 4の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

記憶障害：仕事に復職したがミスが多く原因があることを理解できない。電話は出てもメモが出来ず忘れてしまう。

注意障害：集中力低下、易疲労性がある。

遂行機能障害：同じ物を何度も買ってしまい、金銭管理ができない。兄夫婦と同居し、起床、出勤など声掛けがないと実行できない。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

平成24年○月○日・○月○日・○月○日検査施行 リバーミード行動記憶検査 標準プロフィール16/24点、スクリーニング7/12点

WAIS-III：言語性IQ (VIQ) 78、動作性IQ (PIQ) 87、全検査IQ (FIQ)：81

D-CAT：見落とし率0.259、0.2、0.090、作業変化率0.611、0.408

総合判定：記憶障害、注意障害、遂行機能障害

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 ケアホームくれいどる）・**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 なし

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

視野：左上1/4中枢性盲

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 24 年 12 月 27 日

医療機関の名称 ○○○○クリニック  
医療機関所在地 ○○市○○○丁目○○番地  
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。