

精神障害者保健福祉手帳用診断書

| | | | |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名 | ○○ 〇子 | | 高次脳機能障害と診断された場合は、国際疾病分類ICD-10の「F0 症状性を含む器質性精神障害」に該当します。 ①記憶障害が主体の場合 F04 器質性健忘症候群 ②注意障害、遂行機能障害が主体の場合 F06 脳の損傷及び機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害 ③社会的行動障害が主体の場合 F07 脳の疾患、損傷および機能不全による人格および行動の障害。 |
| 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 0 4 G) (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード (F _____ G) (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 24 年 12 月 21 日 | |
| | 診断書作成医療機関の初診年月日 | 昭和・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・平成 24年12月21日) | | 高次脳機能障害の場合は発病の原因となった疾患の発症日を記入。 |
| 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) (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 () | | 治療の経過、内容等は高次脳機能障害の具体的な症状や診断までの経過や関係機関の関わり、回復の傾向などを記入する。 |
| | | | 現在の病状、状態像等の記入欄では、診断書記入時点のみではなく、概ね過去2年間に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものも含めて記載する。 |

手帳の交付を求める精神疾患について初めて医師の診察を受けた日の記載で診断書が初診日から6ヶ月以上経過した時点での診断書が必要となる。その精神疾患について前医による治療経過がある場合は、前医の初診日を記載する。また前医の初診日記載が、「診療録」によるものが「家族や本人の申し立て」によるものか別に記載する必要がある。前医の初診日を確認することが困難な場合は、「主たる精神障害の初診年月日」欄には不明と記載する。この場合は、診断書作成日が診断書作成医療機関の初診年月日から6ヶ月経過している必要がある。

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憶力・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

精神医学的見地から疾患の状態を具体的に記載する。また、状態像を裏付けるのに必要な検査やその検査所見及び実施日を記載する。なお病状等で検査試行が不可能な場合はその旨を記載する。

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
《栄養バランスを考えながら準備し摂取するまでの動作》
 - ② 身の清潔保持、規則正しい生活
《洗面、整髪、排泄後の衛生など自発的に適切に可能か。》
 - ③ 金銭管理と買い物
《金銭を独力で適切に管理（計画的に使用できるかは意味し買い物ができるか。）》
 - ④ 通院と服薬（要・不要）《行為嗜癖に属する浪費や脅迫的消費行動について評価はしない。自発的に規則正しく通院・服薬が可能か。医師に伝えることができるかについても評価する。》
 - ⑤ 他人との意思伝達・対人関係
《1対1の場面や集団で他人の話聞き取り、自分の意思を伝えることが適切に可能か。》
 - ⑥ 身の安全保持・危機対応
《自傷や危険から身を守る能力があるか、危機状況でパニックにならず他人に援助を求められるか。》
 - ⑦ 社会的手続きや公共施設の利用
《適切な手続きや公共施設等の利用が可能かについて。》
 - ⑧ 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
《自発的に活動への参加が可能であるか。》
- (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。

「(2) 日常生活能力の判定」欄及び「(3) 日常生活能力の程度」欄については、保護的環境(例えば、病院に入院しているような状態)ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合、又は入所や在宅で家族と同居であっても支援者や家族がいない状況での状態を想定し、そのような場合での生活能力について年齢相応の能力で判断し記載する。また現時点ではなく概ね2年間に認められ、今後2年間に予想される生活能力の状態を含めて判定し記載する。

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

生活能力の状態について6に追加して具体的に記述することがあれば記載する。また、精神障害の程度の総合判定に参考になると思われることがあれば記載する。

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。)

○ 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 400 ○○
(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。

くも膜下出血による高次脳機能障害。
重度の記憶障害が残存したケース。

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 (44 歳) 男 ・ 女 |
| 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 (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。

外傷性脳損傷による高次脳機能障害。
重度の記憶障害・遂行機能障害が残存したケース。

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(49歳) 男・女 |
| 住所 | ○○県○○市○○区○○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(遂行機能障害 注意障害) | ICDコード (F 0 7, G) |
| | (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 | 22年 6月 1日 |
| | 診断書作成医療機関の初診年月日 | 昭和・平成 | 22年 6月 1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) | (推定発病時期 平成19年 4月頃) 平成19年4月30日交通事故により○○病院に搬送された。平成20年○月一時は仕事に復職したが、記憶障害、意欲の低下等で仕事の継続が不可能となり退職した。高次脳機能障害の評価目的で平成22年6月1日当科初診。知能の軽度低下、記憶障害、遂行機能障害を認めた。22年3月18日○○病院で診断書の作成、手帳申請がなされ○級に認定された。その後、同院との関わりはなく、今回、手帳の更新申請を目的に平成24年1月31日再診となり、高次脳機能の再評価を行った。 * 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： 脳出血, 昭和・平成19年4月30日) | | |
| 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 ①思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 ③ 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 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 ⑥ その他(欲求・感情コントロール低下)</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 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 ③ その他の記憶障害() 4 学習の困難 ④ ④ 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () ⑤ 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：記憶の障害により、出来事や重要な約束を覚えていられない場合もある。話しの要素が抜けやすく、正確に話しや指示を理解することが難しい。

遂行機能障害：自分から行動を開始、継続することが困難であり、優先順位を立てることが難いため、日常生活においても周囲からの具体的な指示といった支援を要する。

社会的行動障害：思考をまとめられず、また精神的疲労感が強いいため、ストレスに曝されると、短絡的な行動や言動につながりやすい。現在の通所先では通所時間中の飲酒や職員の更衣室に入り、ロッカーの中の財布からお金を盗む行為が数回見られている。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

平成24年1月31日・2月7日検査施行 WMS-R：言語性記憶：50、視覚性記憶：50未満、一般的記憶：50未満、遅延再生：50未満、注意/集中力：94 WAIS-III：言語性IQ (VIQ) 91、動作性IQ (PIQ) 92、全検査IQ (FIQ)：91
総合判定：記憶障害、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（該当するものを一つを○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（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（多機能型支援施設 ○○ ）

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 24 年 ○ 月 ○○ 日

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

脳血管疾患による高次脳機能障害。
日常生活は概ね自力で可能だが金銭管理や社会参加に一定の援助が必要なケース。

精神障害者保健福祉手帳用診断書

| | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 氏名 | ○○ 〇子 | | |
| 明治・大正・昭和・平成 | 昭和 | ○○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=""/> | | |
| (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=""/> , G <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 (不使用时、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。）

Ⓐ 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。

外傷性脳損傷による高次脳機能障害。
症状としては固執性・脱抑制・対人技能拙劣などの社会的行動障害が著明なケース。

精神障害者保健福祉手帳用診断書

| | | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 氏名 | ○○ ○夫 | | |
| 明治・大正・昭和・平成 | ○○年 | ○月 | ○日生(25歳) <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| 住所 | 宮城県仙台市○○区○○町○丁目○番○号 | | |
| 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 <u>脳の損傷による人格及び行動の障害</u> ICDコード (F <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> , G <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>) (2) 従たる精神障害 <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=""/>) (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 24年9月20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 (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) | (推定発病時期 24年10月頃) 平成24年9月20日に駅の階段での転倒事故により外傷性脳損傷(急性硬膜下血腫, 脳挫傷)を受傷し, ○○病院に救急搬送され同院脳外科で保存的に治療を受けた後, 12月5日に当院に転院。以後, 平成25年3月○日までリハビリ訓練を継続した。異性へのセクハラ行為や易怒性などの社会的行動障害と前向および逆行健忘による学習障害が残存したため常に見守りが省けない状況である。 * 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: 外傷性脳損傷, 昭和・平成 24年9月20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) (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

異性への強い関心のために後をつけてトラブルになることがある。
 新たな作業手順も覚えられないため単純な課題の遂行もできない。

[検査所見：検査名，検査結果，検査時期]

神経心理学検査では，WMS-Rの一般的記憶63，言語性記憶68，視覚性記憶76，注意集中62，
 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。）

ア 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 8 月 20 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。