様式１６（規則様式第７（第８条関係））

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

フリガナ		
氏　　名		年　　月　　日生（　　歳）
住　　所		

①病名（ＩＣＤコードは、右の病名と対応する**Ｆ00～Ｆ99、Ｇ40**のいずれかを記入する。病名により３桁までのコードが必要となる場合がある。）	(1) 主たる精神障害 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＩＣＤコード（　　） (2) 従たる精神障害 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＩＣＤコード（　　） (3) 身体合併症 ＿＿＿＿＿＿身体障害者手帳（有・無、種別　　級）
②　初診年月日 （手帳の申請には、主たる精神障害の初診日から６か月経過していることが必要です。）	主たる精神障害の初診年月日　　年　　月　　日 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並びに治療の経過及び内容　（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記入する。）	（推定発病年月　　年　　月頃） ＊器質性精神障害（認知症を除く。）の場合は、発症の原因となった疾患名とその発症日 （疾患名　　、　　年　　月　　日）

④　現在の病状、状態像等（該当するものを○で囲む。）

1　抑鬱状態
(1) 思考・運動抑制　(2) 易刺激性、興奮　(3) 憂鬱気分　(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
(1) 幻覚　(2) 妄想　(3) 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
発作のタイプ（発作のタイプが複数ある場合は「頻度欄」へそれぞれのタイプの頻度について記載する。）
ア　意識障害はないが、随意運動が失われる発作
イ　意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
ウ　意識障害の有無を問わず、転倒する発作
エ　意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
最終発作（　　年　　月　　日）（最終発作に至るまでの頻度を記入すること。（　　回／月 又は　　回／年））
脳波検査を行った場合は、その所見（　　）
(2) 意識障害　(3) その他（　　）

9　精神作用物質の乱用、依存等
(1) アルコール　(2) 覚醒剤　(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（不使用の場合は、その期間　　年　　月から）

10　知能・記憶・学習・注意の障害
(1) 知的障害（精神遅滞）　ア 軽度　イ 中等度　ウ 重度　療育手帳（有・無、等級等　　）
(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、検査時期、検査結果　　］

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（項目ごとに該当するもの１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) 身辺の清潔保持及び規則正しい生活
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 ）（「不要」に○をつけた場合にも、通院と服薬の能力について判定する。）
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
(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・娯楽への関心及び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（該当するもの１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　⑥の具体的程度、状態等（重要な項目でありできるだけ詳細な情報を記載する。また、⑤欄、⑥欄の記載内容、選択項目との整合性に留意のこと。）

⑧　現在の障害福祉等のサービスの利用状況（該当するものを○で囲む。）
1　利用有　〔 生活訓練 ・ グループホーム・ ホームヘルプ ・ 訪問指導 ・ その他（　　）〕
2　利用無
3　生活保護（ 有 ・ 無 ）

手帳の交付と自立支援医療（精神通院）の支給認定とを同時に申請する場合は、⑨欄及び⑩欄についても記入する。
ただし、⑩欄は主たる精神障害がＩＣＤコードＦ40～Ｆ99であって「重度かつ継続」に該当すると判断される場合に記入する。

⑨　現在及び今後の治療方針
1　薬物療法（具体的な薬剤名を必ず記載する。）
2　精神療法等
3　訪問看護指示の有無　（ 有 ・ 無 ）

⑩　医師の略歴（該当する□をチェックし、精神保健指定医である等３年以上の精神医療の従事歴が分かるように記入する。）
□精神保健指定医（指定医番号：　　）
□精神科医（精神医療に従事した期間・主な所属）
□その他の医師（精神医療に従事した期間・主な所属）

年　　月　　日

医療機関所在地
名　　称
電話番号
診療担当科名
医師氏名

審　査　欄（※　この欄は記載しないこと。）			
手　　帳	１級	２級	３級
	不承認		
自立支援医療	承認	不承認	
重度かつ継続	該当	非該当	