

# 診断書

精神障害者保健福祉手帳の申請  精神通院医療の申請  手帳・精神通院医療の同時申請

|            |             |   |   |   |   |   |
|------------|-------------|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | 大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 生 | 歳 |
|------------|-------------|---|---|---|---|---|

住所(居住地を記載):

① 病名(状態像ではなく病名を記載すること)  
※ 病名と整合するICD-10コードを、F00～F99、G40のように3桁を記載。但し、F1、F06疾患はF10.2、F06.0のように4桁記載。

|             |                |       |    |
|-------------|----------------|-------|----|
| (1) 主たる精神障害 | ICDコード         | FまたはG | 数字 |
| (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 現病歴

(1) 主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (  診療録等で確認  本人又は家族の申立 )

(2) 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

(3) 発病から現在までの病歴(推定発病年月、発病状況、初発症状、治療経過、治療内容などを記載する)

※ 器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日(疾患名 年 月 日 )

③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目や記号を○で囲むか空欄に記載すること)

(1) 抑うつ状態: 思考・運動抑制、易刺激性・興奮、憂うつ気分、その他 ( )

(2) 躁状態: 行為心迫、多弁、感情高揚・易刺激性、その他 ( )

(3) 幻覚妄想状態: 幻覚、妄想、その他 ( )

(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態: 興奮、昏迷、拒絶、その他 ( )

(5) 統合失調症等残遺状態: 自閉、感情の平板化、意欲減退、その他 ( )

(6) 情動及び行動の障害: 爆発性、暴力・衝動行為、多動、食行動の異常、チック・汚言、その他 ( )

(7) 不安及び不穏: 強度の不安・恐怖感、強迫体験、心的外傷に関連する症状、解離・転換症状、その他 ( )

(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害): てんかん(発作型: ) ・意識障害・その他 ( )  
てんかん発作の状況 (最終発作 年 月 日 )  
ア 意識障害はないが随意運動が失われる発作 ( 回/年・月) イ 意識を失い行為が途絶すが倒れない発作 ( 回/年・月)  
ウ 意識障害の有無を問わず転倒する発作 ( 回/年・月) エ 意識障害を呈し状況にそぐわない行為を示す発作 ( 回/年・月)  
オ それ以外 発作 ( 回/年・月)

(9) 精神作用物質の乱用及び依存等: アルコール、覚醒剤、有機溶剤、 その他 ( )  
1 乱用 2 依存 3 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) 4 その他 ( )  
現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の期間 年 月から)

(10) 知能・記憶・学習・注意の障害  
1 知的能力の障害: 精神遅滞・認知症 障害の程度(軽度・中等度・重度) 療育手帳(有・無 等級 A・B・B )  
2 その他の記憶障害 ( ) 3 学習困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他( )  
4 遂行機能障害 5 注意障害 6 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 ( )

④ ③の病状・状態像の具体的な程度、症状、検査所見等

⑤ (1) 生活環境 生活保護受給  有  無  
 入院・  入所(施設名: )  在宅(同居者:  なし  配偶者  親  子  その他 )

(2) 現在の精神保健福祉サービス及び教育的サービスの利用状況  
 有 {  障害者総合支援法に規定する自立訓練(生活訓練)  共同生活援助(グループホーム)  
 無 {  居宅介護(ホームヘルプ)  訪問指導  教育的サービス等( )  
 その他の障害福祉サービス等( )

⑥ 現在の医療の内容 ※ 精神通院医療の申請をしない場合は記載不要。  
(1) 現在の薬物療法(精神通院医療の対象となる薬剤のみ記載すること)  
精神障害に対する処方(薬剤名、用量)

(2) 精神療法等の内容 (該当項目に○をつけて、その内容・頻度、特記事項等を記載すること)  
通院医療における精神療法等の内容 他医療機関での受療状況  
下記1～5全体を含む1ヵ月当たりの通院日 (概ね 日/ 月 ) ※ 他機関で実施の場合医療機関名記載

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 1 精神療法(内容: ) (頻度: 回/ 月 ) |  |
| 2 デイ・ケア等 (頻度: 回/ 月 )     |  |
| 3 通院集団精神療法 (頻度: 回/ 月 )   |  |
| 4 精神科作業療法 (頻度: 回/ 月 )    |  |
| 5 てんかん療養指導 (頻度: 回/ 月 )   |  |
| 精神科訪問看護 (頻度: 回/ 月 )      |  |

(3) 今後の治療方針

⑦ 生活能力の状態 ※ 精神障害者保健福祉手帳の申請をしない場合は記載不要。  
(1) 日常生活能力の判定(該当する項目を一つ○で囲む)  
※ 精神疾患以外による生活機能の制限は精神障害の程度の評価に加味することはできない。また、保護的環境でなく、単身生活を想定して判定すること。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。

|                          |         |               |           |      |
|--------------------------|---------|---------------|-----------|------|
| 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                 | 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)           | 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 |

(2) 日常生活能力の程度(該当する番号を一つ○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、身のまわりのことはほとんどできない。

(3) 上記の具体的程度、状態等(就労・就学・家庭生活の状況等)

⑧ 備考

上記のとおり診断します。 診断書作成日 令和 年 月 日

病院又は診療所の名称

医療機関所在地

電話番号

診療科担当科名 医師氏名(自署又は記名押印) ㊞

高額治療継続者(重度かつ継続)に関する意見

自立支援医療の高額治療継続者の判断について ※ 高額治療継続者に該当する場合は記載してください。  
※ ①欄の精神障害の病名のうち高額治療継続に該当する病名及びICD-10コードを記載すること。  
高額治療継続者に該当する精神障害の病名: ICD-10コード(いずれか): F、G40  
上記病名のICD-10コードがF4～F9の場合、以下も記載すること。 ※ 3年以上の精神科医療の従事歴がわかるよう記載すること。

| 区分                                     | 精神科医療に従事した機関名・従事期間 | 主に診療した疾患圏                                   |
|--|--------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 精神保健指定医(番号: ) |                    |   |
| <input type="checkbox"/> 精神科医          | 名称: 期間:            |   |
| <input type="checkbox"/> その他の医師        | 名称: 期間:            | F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, G40 |

※ 必要がある場合には、この診断書の内容について照会することがあります。