**第31号様式**（第21条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳申請用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年　月　日生（　　歳） | 男 ・ 女 |
| 住所 |  | | |
| １　病名  （ＩＣＤコードは、右の病名と対応するＦ00からＦ99までの範囲又はＧ40のいずれかを記入してください。） | (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 | (１)　主たる精神障害の初診年月日　　　　　　　　年　　月　　日  (２)　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、治療の内容等を記入してください。） | （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及びその発症年月日  疾患名（　　　　　　　　）発症年月日（　　　年　 月　 日）） | | |
| ４　現在の病状、状態像等（該当するものを○で囲んでください。）  (１)　抑鬱状態  ア　思考・運動抑制　　イ　易刺激性・興奮　　ウ　憂鬱気分　　エ　その他（　　　　　）  (２)　状態  ア　行為心迫　　イ　多弁　　ウ　感情高揚・易刺激性　　エ　その他（　　　　　）  (３)　幻覚妄想状態  ア　幻覚　　イ　妄想　　ウ　その他（　　　　　）  (４)　精神運動興奮及び迷の状態  ア　興奮　　イ　迷　　ウ　拒絶　　エ　その他（　　　　　）  (５)　統合失調症等残遺状態  ア　自閉　　イ　感情平板化　　ウ　意欲の減退　　エ　その他（　　　　　）  (６)　情動及び行動の障害  ア　爆発性　　イ　暴力・衝動行為　　ウ　多動　　エ　食行動の異常　　オ　チック・汚言  カ　その他（　　　　　）  (７)　不安及び不穏  ア　強度の不安・恐怖感　　イ　強迫体験　　ウ　心的外傷に関連する症状  エ　解離・転換症状　　オ　その他（　　　　　）  (８)　てんかん発作等（けいれん及び意識障害）  ア　てんかん発作　　イ　意識障害　　　ウ　その他（　　　　　）  発作型（　　　　　）　頻度（　　　回／月又は　　　回／年）　最終発作（　　年　月　日）  ＊　発作型は、次の「(ｲ)、(ﾛ)、(ﾊ)、(ﾆ)」で記入してください。頻度は、過去２年間について記入してください。  (ｲ)意識障害はないが、随意運動が失われる発作  (ﾛ)意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  (ﾊ)意識障害の有無を問わず、転倒する発作  (ﾆ)意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  (９)　精神作用物質の乱用及び依存等  ア　アルコール　　イ　覚せい剤　　ウ　有機溶剤　　エ　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してください。）　　(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  ア　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（　　　　　））  イ　認知症　　ウ　その他の記憶障害（　　　　　）  エ　学習の困難　　(ア)　読み　　(イ)　書き　　(ウ)　算数　　(エ)　その他（　　　　　）  オ　遂行機能障害　　カ　注意障害　　キ　その他（　　　　　）  (11)　広汎性発達障害関連症状  ア　相互的な社会関係の質的障害　　イ　コミュニケーションのパターンにおける質的障害  ウ　限定した常同的で反復的な関心及び活動　　エ　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、検査結果及び検査時期） | | | |
| 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定してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。）  (１)　現在の生活環境  入院・入所（施設名　　　　　　　）・在宅（単身・家族等と同居）・その他（　　　　　）  (２)　日常生活能力の判定（該当するもののいずれかを○で囲んでください。）  ア　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  イ　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  ウ　金銭管理及び買物  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  エ　通院及び服薬（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  オ　他人との意思伝達及び対人関係  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  カ　身辺の安全保持及び危機対応  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  キ　社会的手続及び公共施設の利用  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  ク　趣味及び娯楽への関心並びに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（該当するもののいずれかを○で囲んでください。）  ア　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。  イ　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。  ウ　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。  エ　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。  オ　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 | | | |
| ８　現在の障害福祉等のサービスの利用状況  （障害者自立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）、共同生  活介護（ケアホーム）、居宅介護（ホームヘルプ）、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、生活保護の有無等） | | | |
| ９　備考 | | | |
| 10　自立支援医療（精神通院医療）の重度かつ継続に係る判定（自立支援医療を同時申請する場合にご記入ください。）  （「重度かつ継続」に該当かつ主たる精神障害のＩＣＤカテゴリーがＦ40～Ｆ99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。  年　　月　　日  医療機関　所在地  名称  電話番号  診療科担当科名  担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  （自署又は記名押印） | | | |