**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） |