

診断書（精神障害者保健福祉手帳申請用）作成のポイント

氏名	<p>・「主たる精神障害」は主なる病名1つとしてください。</p> <p>・ICD-10に沿った病名を記載してください。</p> <p>・主たる精神障害が「知的障害」の場合は、原則手帳の対象となりません。</p> <p>・状態像や「疑い」病名、「急性一過性精神性障害」「適応障害（遷延性抑うつ反応（F43.21））」は除くは、原則認められません。確定診断名を記載願います。</p>		<p>（年齢）</p> <p>・英字＋数字2桁で記載してください。</p> <p>・適用範囲は、F00～F99及びG40です。</p>
住所			
1 病名 (ICDコードは、F00～F99、G40のいずれかを記入してください。)	<p>(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード (_____)</p> <p>(2) 従たる精神障害 _____ ICDコード (_____)</p> <p>(3) 身体合併症 _____</p> <p>※精神障害と関連するものがあれば記載してください。身体障害者手帳（有・無、種別 _____ 級）</p>		
2 初診年月日	<p>(1) 主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 月 日 ←※(前医があれば)主たる精神障害を最初に診察した病院の初診日</p> <p>(2) 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 月 日 ←※主たる精神障害における貴院の初診日</p>		
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。)	<p>(推定発病年月 _____ 年 月 頃)</p> <p>※主たる精神障害の推定発病時期、前医を含めた受診歴・生活歴についてなるべく詳細に記載してください。従たる精神障害についても記載をお願いします。</p> <p>更新申請の場合は、前回の申請時から現在までの状況も含めて記載してください。</p> <p>※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)</p> <p>・発病時期を記載してください。</p> <p>・発達障害は、基本的に生下来発症時期と考えます。</p> <p>・手帳の適否は初診日から6か月以上経過した時点の診断書によるものとされています。</p>		
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）	<p>(1) 抑鬱状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性・</p> <p>(2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他 (_____)</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他 (_____)</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 その他 (_____)</p> <p>(6) 情動及び行動の障害 食行動の異常 オ チェック・汚言 カ その他 (_____)</p> <p>(7) 不安及び不穏 その他 (_____)</p> <p>(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)</p> <p>・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を含め、該当する状態像及び症状を○で囲んでください。</p> <p>・主たる精神障害又は従たる精神障害の特性と整合性がとれるか確認してください。</p> <p>・「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。</p> <p>・旧様式を使用されている場合は、この内容に則した形で「発作型」「頻度」を記載してください。</p> <p>・てんかんの場合、発作のタイプ・頻度によって判定されるため、「発作型」「頻度」「最終発作」は必ず記載してください。</p> <p>・「アルコール依存症で、「依存」以外にも精神症状がある場合は、該当する項目も○で囲んでください。</p> <p>※ 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</p> <p>(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・遷延性精神性障害(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、その期間 _____ 年 月 月から)</p> <p>(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) _____ イ _____ エ _____ ・精神遅滞(学童期における知的能力の障害)の場合は、「ア」及び「ア」～「ウ」の該当する項目を○で囲んでください。</p> <p>(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と活動 エ その他 (_____)</p> <p>(12) その他 (_____)</p> <p>・発達障害の場合、該当する項目を○で囲んでください。</p>		
5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等	<p>※診断書記入時点だけでなく、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、病状や状態像等の具体的な程度、治療による効果、今後の予後等について記載してください。</p> <p>(検査所見：検査名、検査結果及び検査時期)</p>		
6 生活能力の状態（保護的環境で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）	<p>(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 (_____)</p> <p>(2) 日常生活能力の判定(該当するものいずれかを○で囲んでください)</p> <p>ア 適量な食事摂取</p> <p>イ 自発的に身の周りの清掃</p> <p>ウ 自発的に金銭管理及び適切にできる</p> <p>エ 通院及び服薬(要・不要)適切にできる・おおむね適切にできる・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</p> <p>オ 他人との意思伝達及び適切にできる・おおむね適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできない</p> <p>カ 身の安全保持及び危機対応適切にできる・おおむね適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできない</p> <p>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・援助があればできない</p> <p>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・援助があればできない・できない</p> <p>(3) 日常生活能力の程度(該当するものいずれかを○で囲んでください)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ウ 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、時に応じて援助が必要とする。</p> <p>エ 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、常に援助が必要とする。</p> <p>オ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。</p> <p>7 6の具体的程度、状態等</p> <p>※「6」欄だけでは生活能力の状態の詳細がわからないため、必ず記載してください。</p> <p>精神障害による日常生活上の障害(どのような場合に支援が必要かなど)について、具体的に記載してください。</p> <p>「3」「4」「6」欄と連続性・整合性がとれているか確認してください。</p> <p>・該当する項目を○で囲んでください。</p> <p>・発達障害の場合、該当する項目を○で囲んでください。</p>		
8 現在の障害福祉等のサービスの利用状況(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)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)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問介護)			
9 備考	<p>・自立支援医療を同時申請し、訪問看護を利用する場合は、その旨記載してください。</p> <p>・自立支援医療と同時申請、かつF40～99の場合は、記載をしてください(別紙フローチャート参照)</p> <p>・ここに記載することで、「重度かつ継続」に関する意見書の添付が不要となります。</p>		
10 自立支援医療(精神通院)の重度かつ継続に係る判定(自立支援医療を同時申請する場合にご記入ください。)	<p>(「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。)</p> <p>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(3年以上精神医療に従事)</p>		
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 _____ 月 _____ 日 医療機関 _____ 所在地 _____ 名称 _____</p> <p>電話番号 _____ 診療科担当科名 _____ 担当医師氏名 _____</p> <p>手帳の申請は、主たる精神障害の初診日から6か月以上経過した時点の診断書であることが必要です。</p> <p>(自署又は記名押印)</p>			