

診断書（精神障害者保健福祉手帳申請用）チェックリスト

（令和4年4月25日改訂）

0 氏名、生年月日、年齢、住所

- 氏名（ふりがな）、生年月日、年齢は、正確に記載されていますか。
- 現在の住所が記載されていますか（旧住所のままになっていませんか）。

1 病名

- 「主たる精神障害」欄の記載は、主な病名1つとなっていますか。
（「従たる精神障害」欄も1つが望ましいです。）
- 国際疾病分類 ICD-10 に沿った病名となっていますか。
- 主たる精神障害が「知的障害」となっていませんか。
（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。）
- 確定診断名が記載されていますか。
 - ・状態像や「疑い」病名は、原則として認められません。
 - ・「急性一過性精神病性障害」は、手帳の対象としては不適切です。
 - ・「適応障害」は、「遷延性抑うつ反応（F43.21）」の場合を除いて、症状が6ヶ月以上持続するならば、現在の臨床像により診断名を変更すべきもの」とされています。
- 病名と整合する ICDコードが記載されていますか。
- ICDコードは、英字+数字2桁で記載されていますか。
F00～F99 又は G40 となっていますか。
- 「身体合併症」欄に記載されている病名は、精神障害と関連するものですか。

2 初診年月日

- 主たる精神障害の初診日は、診断書作成日の6ヶ月以上前の日付となっていますか。
※ 主たる精神障害の初診日：主たる精神障害を最初に診察した病院の初診日
（前医による治療経過がある場合は、前医の初診日となります。）
※ 診断書作成医療機関の初診年月日：主たる精神障害における貴院の初診日

3 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容

- 推定発病時期は記載されていますか。
- 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されていますか。
- 貴院の初診日から6ヶ月経過していない（前医の初診日から6ヶ月以上経過している）場合、前医の医療機関名が記載されていますか。

4 現在の病状、状態像等

- 概ね過去2年に認められたもの、概ね今後2年間に予想されるものを含め、該当する病状、状態像等をすべて○で囲んでいますか。
- 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ていますか。
- 「その他」を○で囲んだ場合、（ ）にその内容が記載されていますか。
- 「てんかん」の場合、「発作型」「頻度」「最終発作年月日」が記載されていますか。
（発作のタイプ、頻度によって手帳の級が判定されるため、必ず記載してください。）
- 「(9) 精神作用物質の乱用及び依存等」欄に該当する場合、「使用の有無」「不使用の場合、その期間」が記載されていますか。
- 「アルコール依存症」で、「依存」以外にも精神症状がある場合、該当する病状、状態像等の項目を○で囲んでいますか。
- 発達障害の場合、「(11) 広汎性発達障害関連症状」欄の該当する項目を○で囲んでいますか。

5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等

- 「4 現在の病状、状態像等」欄で選択した病状等について、具体的に記載されていますか。

6 生活能力の状態

(1) 現在の生活環境

- 該当する項目を○で囲んでいますか。
- 「入所」されている場合、「施設名」が記載されていますか。
- 「その他」の場合、その内容が（ ）に記載されていますか。

(2) 日常生活能力の判定

- ア～クの項目について、すべて漏れなく記載されていますか。
- 「通院及び服薬」欄の（要・不要）に○印がありますか。
- 現時点のみでなく、概ね過去2年に認められてもの、概ね今後2年間に予想されるものを含めて、該当する項目を選んでいきますか。
- 保護的環境（入院等）ではなく、単身生活を想定した判定となっていますか。
- 身体障害、知的障害に起因するものは加味しない判定となっていますか。
- 児童の場合、年齢相応の能力と比較した上での判定となっていますか。

(3) 日常生活能力の程度

- 「(2) 日常生活能力の判定」と「(3) 日常生活能力の程度」に大きな差異はありませんか。
- 現時点のみでなく、概ね過去2年に認められてもの、概ね今後2年間に予想されるものを含めた判定となっていますか。

7 6の具体的程度、状態像

- 精神障害による（身体障害、知的障害に起因するものは加味しない）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、具体的に記載されていますか。
- 「3病歴」「4現在の病状」「6生活能力の状態」と連続性・整合性がとれていますか。

8 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

- 自立支援医療を同時申請し、訪問看護を利用する場合、「訪問看護」の記載がされていますか。

9 備 考

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、かつ「F40～99」に該当する場合、この欄に記載がありますか。（「F00～39」「G40」に該当する場合は、記載不要です。）

※記載に当たっては、(別紙)【自立支援医療（精神通院）の重度かつ継続に係る判定】フローチャートを参考にしてください。

(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。)

11 診断書作成日、医療機関の名称等

- 診断書の作成日は、主たる精神障害の初診日から6ヶ月経過したものとなっていますか。
- 医療機関の所在地、名称、電話番号、診療科担当科名は正しく記載されていますか。
- 担当医師氏名は、自署又は記名押印がされていますか。

12 その他

- ※ 自筆での記載の場合、容易に判読できるよう、楷書で記載してください。