

様式第5号（第2条関係）（用紙 日本産業規格A3横型）

診 断 書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名		
住所		
1 病名 (ICDコードは、右の①又は②のそれぞれに対応するF00からF99まで、G40又はG41のいずれかを記載してください。)	(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	〔※前医がある場合、前医が初めて診断した日が初診日となります。〕 (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、治療の経過及び内容等を入院歴及び通院歴も含め、具体的に記載してください。)	(推定発病時期 _____ 年 月頃) *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)	
4 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲んでください。〕 〔※状態像については、現時点の状態像に加えて、おおむね過去2年間の状態像及び今後2年間に予想されるものを記載してください。〕 (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) 躁状態 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) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 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） → 6の欄に記載してください。 (9) 精神作用物質の乱用、依存等 ア アルコール イ 覚醒剤 ウ 有機溶剤 エ その他 () (7) 乱用 (4) 依存 (7) 残遺性・遅発性精神病的障害 → 4の欄に掲げる状態像（(9)に掲げるものを除く。）のうち該当するものを右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 _____ 月から） (10) 知能、記憶、学習及び注意の障害 ア 知的障害（精神遅滞） (7) 軽度 (4) 中等度 (7) 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 (7) 読み (4) 書き (7) 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と活動 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を含めて記載してください。		

6 てんかん発作等については、以下の①、②及び③に記載してください。 ① 以下のアからエまでに掲げる発作の類型のうち該当するものを一つ○で囲んでください。 ア 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 イ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ② 最終発作年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ③ 以下の⑦から⑫までに掲げる発作の頻度のうち該当するものを一つ○で囲んでください。 ⑦ ウ又はエの発作が月に1回以上 ⑧ ア又はイの発作が月に1回以上 ⑨ ウ又はエの発作が年に2回以上 ⑩ ア又はイの発作が月に1回未満 ⑪ ウ又はエの発作が年に2回未満 ⑫ 過去2年間、発作は、抑制されていた。	
7 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。児童では年齢相応の能力と比較した上で判定してください。〕 ① 現在の生活環境（該当する項目を○で囲んでください。） ア 在宅 (7) 単身 (4) 家族等と同居 イ 入院中 ウ 入所中（施設名 _____） エ その他 () ③ 日常生活能力の程度 （以下のアからオまでのうち該当するものを一つ○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。 ② 日常生活能力の判定（該当する項目を○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 身の清潔保持と規則正しい生活 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 エ 通院と服薬（要・不要） ←いずれかを○で囲んでください。 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 他人との意思伝達と対人関係 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 身の安全保持と危機対応 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 ク 趣味と娯楽への関心や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	
8 7の具体的程度、状態等	
9 現在の治療内容及び今後の治療方針 〔※自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定申請を併せて行う場合には、この欄についても記載してください。〕 ① 投薬の有無（有・無） 〔※有の場合は、1の欄の①、②又は③のそれぞれに対応する薬剤の名称（商品名でも可）を日本語で記載してください。〕 投薬内容について、向精神薬を①抗不安薬②睡眠薬③抗うつ薬④抗精神病薬に分類した場合に、同じ分類の薬を3種類以上処方している場合は、その必要性について11の欄に理由を記載してください。 〔 _____ 〕 ② 精神療法等の有無（有・無） 〔※有の場合は、以下のアからオまでのうち該当するものを○で囲んでください。〕 ア 通院精神療法 イ 通院集団精神療法 ウ 精神科作業療法 エ 精神科デイ・ケア オ その他 () ③ 訪問看護指示 訪問看護指示が出ている場合は「レ」を記載してください。 □有 ④ 今後の治療方針 〔※継続的に行っていく治療内容を具体的に記載してください。〕	
10 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (1) 利用あり（該当する項目を○で囲んでください。） ア 障害者総合支援法に規定するサービス ⑦ 自立訓練（生活訓練） ⑧ 共同生活援助（グループホーム） ⑨ 居宅介護（ホームヘルプ） ⑫ その他の障害福祉サービス () イ 訪問指導 ウ 生活保護 エ その他 () (2) 利用なし	
11 備考	
【医師の略歴】自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定申請を併せて行う場合に、1病名①主たる精神障害のICDコードがF40からF99までで、「重度かつ継続」に該当するときは、①又は②のいずれかに記載してください。 ① 精神保健指定医（指定医番号： _____） ② 略歴（3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載してください。）	上記のとおり、診断します。 年 月 日 医療機関の名称 医療機関所在地 電話番号 診療担当科名 医師氏名