様式第41号（第29条関係）

精神障害者保健福祉手帳用診断書

氏名		年　月　日生　（　歳）
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、G40又はG41のいずれかを２ケタ以上[例：Ｆ25]で記載）	（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 ＿＿＿＿＿＿＿＿ （身体障害者手帳の有無　種別　級）	
②初診年月日	主たる精神障害の初診年月日　年　月　日 診断書作成医療機関の初診年月日　年　月　日 ※初めて医師の診療を受けた日（初診日）を記載してください。不明の場合は、「不明」と記載してください。	
③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容 （推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する）	（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、発病の原因となった疾病名とその発症日 （疾患名　年　月　日）	
④現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む） ※診断書記入時点のみでなく、おおむね過去２年間の状態及び今後２年間に予想されるものを含めて記載してください。 （１）抑鬱状態 １　思考・運動抑制　２　易刺激性、興奮　３　憂鬱気分　４　その他（　） （２）躁状態 １　行為心迫　２　多弁　３　感情高揚・易刺激性　４　その他（　） （３）幻覚妄想状態 １　幻覚　２　妄想　３　その他（　） （４）精神運動興奮及び昏迷の状態 １　興奮　２　昏迷　３　拒絶　４　その他（　） （５）統合失調症等残遺状態 １　自閉　２　感情平板化　３　意欲の減退　４　その他（　） （６）情動及び行動の障害 １　爆発性　２　暴力・衝動行為　３　多動　４　食行動の異常 ５　チック・汚言　６　その他（　） （７）不安及び不穏 １　強度の不安・恐怖感　２　強迫体験　３　心的外傷に関連する症状 ４　解離・転換症状　５　その他（　） （８）てんかん発作等（けいれん及び意識障害） ※てんかんの詳細については、右記の特記欄に記入してください。 １　意識障害　２　その他（　） （９）精神作用物質の乱用及び依存等 １　アルコール　２　覚醒剤　３　有機溶剤　４　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記載すること）　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・注意の障害 １　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　） ２　認知症 ３　その他の記憶障害（　） ４　学習困難　ア　読み　イ　書き　ウ　算数　エ　その他（　） ５　遂行機能障害 ６　注意障害 ７　その他（　） (11) 広汎性発達障害関連症状 １　相互的な社会関係の質的障害 ２　コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ３　限定した常同的で反復的な関心と活動 ４　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 ※診断書記入時点のみでなく、おおむね過去２年間の状態及び今後２年間に予想されるものを含めて記載してください。 ［検査所見：検査名、検査結果、検査時期］ 【てんかん特記欄】以下（１）については、下記ア～オの該当するものにひとつ○を囲み、（２）及び（３）については、記入してください。 （１）発作タイプと頻度 ア　３又は４の発作が月に１回以上 イ　１又は２の発作が月に１回以上 ウ　３又は４の発作が年に２回以上 エ　１又は２の発作が月に１回未満 オ　３又は４の発作が年に２回未満 注）　発作のタイプは次のように分類 １　意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ２　意識障害があるが、転倒しない発作 ３　意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ４　意識障害ともうろう状態を呈する発作 （２）最終発作年月日 （　年　月　日） （３）その他特記事項 （　）

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断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。）

１　現在の生活環境
入院・入所（施設名　）
・在宅（ア　単身・イ　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１つを○で囲む）
（１）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
（２）身辺の清潔保持、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
（３）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
（４）通院と服薬（要・不要）←必ずいずれかを○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
（５）他人との意思伝達・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
（６）身辺の安全保持・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
（７）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
（８）趣味・娯楽への関心、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
（該当する番号を選んで、どれか１つを○で囲む）
（１）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。
（２）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。
（３）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。
（４）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。
（５）精神障害を認め、身のまわ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現在の治療内容　※手帳・医療同時申請の場合は記入してください。
（１）投薬内容（※診断名に対応する薬剤名（製品名又は一般名）を日本語で略さず記載してください。分量等は記載不要です。）

（２）精神療法等
・通院精神療法　・通院集団療法　・精神科作業療法　・精神科デイケア
・その他（　）

（３）訪問看護指示の有無　（有　・　無）

⑨今後の治療方針

⑩　現在の障害福祉サービスの利用状況（該当する項目を○で囲んでください。）　有　・　無
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、訪問指導等、生活保護、その他（　）

⑪備考

重度かつ継続に関する意見書（障害者手帳と同時に自立支援医療（精神通院）の「重度かつ継続」の申請をする場合に記入してください。）

（１）　主たる精神障害（該当する障害名・病名に○を付けてください。「６　その他」の場合は病名及びICDカテゴリーを記入し、（２）の医師の略歴を記入してください。）
１　症状性を含む器質性精神障害（Ｆ０）
２　精神作用物質使用による精神及び行動の障害（Ｆ１）
３　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（Ｆ２）
４　気分（感情）障害（Ｆ３）
５　てんかん（Ｇ４０）
６　その他（病名：　（Ｆ　））

（２）　医師の略歴（（１）主たる精神障害の６に○を付けた場合は、次のいずれかに○を付け、括弧内に記入してください。）
１　精神保健指定医（指定医番号：　）
２　精神科臨床経験３年以上の医師　（略歴：　）

上記のとおり、診断します。　令和　年　月　日
病院又は診療所の名称

医療機関所在地　診療科担当科名

電話番号　医師氏名