

該当する診断書の種類を○で囲んでください

記載上の注意事項（R5年3月版）

診断書（精神障害者保健福祉手帳、精神通院医療、同時申請）

氏名			年 月 日生（歳）
住所	現住所を記載		
① 病名：病名と対応する ICD コードを、F00～F99、G40 のように 3 桁で記載。			
(1) 主たる精神障害	<ul style="list-style-type: none"> ・(1) が「F7」の場合、手帳の対象外となります ・状態像や疑い病名は避けてください 		F 又は G 数字
(2) 従たる精神障害			
(3) 身体合併症			
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	
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過	(推定発病時期 年 月 日頃)		
※手帳の申請に際しては、申請から6か月以上経過していることが必要			
<ul style="list-style-type: none"> ・発病時や初診時の状態、<u>現在までの治療経過</u>等を記載してください ・「○年前」ではなく<u>年齢や年号</u>で記載してください 		必ず記入してください	
④ 現在の病状及び状態像等（該当する項目を○で囲むこと。）			
(1) 抑うつ状態	1. 思考・運動抑制 2. 易刺激性、興奮 3. 憂うつ気分		最近2年間に該当する病状・状態像を漏れなく記入してください
(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. 不安定な気分 3. 他者への被害妄想 4. その他（ ）		
(8) てんかん発作等（けいれん発作等）	病名が G40（てんかん）の場合、(8) <u>発作型（イロハニ）、頻度、最終発作（近年起きていなければ「最終発作以降なし」</u> を必ず記入		
	1. てんかん発作 発作型（イ・ロ・ハ・ニ） 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日） てんかん発作の型 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、倒れぬ発作 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、状況こそぐわぬ行為を示す発作		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等	1. アルコール 2. 覚醒剤 3. 有機溶剤 ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神障害 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）		(9)に該当する場合、「 <u>現在の物質使用の有無</u> 」と「 <u>不使用期間</u> 」を必ず記入してください
(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） 2. 認知症 3. その他の記憶障害（ ） 4. 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 5. 遂行機能障害 6. 注意障害 7. その他（ ）		病名が F7（知的障害/精神遅滞）の場合、 <u>療育手帳の有無</u> も必ず記入してください
(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能力における質的障害 3. 限定した常同的で反動的な関心と活動 4. その他（ ）		
(12) その他（ ）			
⑤ ④の病状及び状態像等の具体的程度、症状、検査所見等			
		過去の病歴を記載するのではなく、最近2年間の病状について記載してください	

⑥ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（グループホーム、ケアホーム、ホームヘルプ、訪問指導等）

上記のほか、就労移行/継続/定着支援（作業所や障害者枠での就労を含む）、地域活動支援センター、デイケア、訪問看護、生活保護、障害年金 等について記載してください

⑦ 備考

「① 病名」に記載した精神障害に関して他の医療機関を受診している場合、「医療機関名」と「治療内容の重複がなくやむを得ない事情があること」を記載してください

精神障害者保健福祉手帳用記載欄

※精神通院医療の申請のみの場合は、記載不要

生活能力の状態（保護的環境ではない場合も想定して判断する。留意にあっては、年齢相応の能力と比較の上で判断する。）

○内も忘れずに記入してください

① 現在の生活環境

入院・入所（施設名 **固有名詞で**（ア 単身・イ 家族等と同居）・その他

② 日常生活能力の判定（該当するもの一つを○で囲むこと。）

(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・おぼろげにできる

(4) 通院と服薬（要・不要）

適切にできる・おぼろげにできる

(5) 他人との意思伝達・対人関係

適切にできる・おぼろげにできる

(6) 身の安全保持・危機対応

適切にできる・おぼろげに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・おぼろげに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・おぼろげにできるが援助が必要・援助があればできる・できない

通院と服薬いずれも不要の場合のみ
「不要」にマル
(この場合、自立支援医療は対象外となります)

③ 日常生活能力の程度

（該当する番号を選んで、いずれか一つを○で囲むこと。）

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、身の回りのことはほとんどできない。

上記の具体的程度、状態等 ※必ず記載すること。

- ・症状や病歴を記載するのではなく、**生活能力の障害について、具体的に**記載してください
- ・**就学・就労状況**についても記載してください

精神通院医療用記載欄

※精神障害者保健福祉手帳の申請のみの場合は、記載不要

① 投薬内容（薬剤名及び用法用量）

用量は必ず記載（一日量でも可）

今後の治療方針

「〇〇等」など省略せず
向精神薬はすべて記載してください
(別紙でも可)

- ・何も該当がない場合その旨を明記
- ・**デイケア、訪問の利用があれば○**

現在病状が改善していても、再発予防のために継続的な精神療法や薬物療法が必要な場合、その内容・必要性を具体的に記載してください

② 精神療法等（該当する番号を○で囲むこと）

1. 通院精神療法
2. 精神分析療法
3. 精神科作業療法
4. 精神科デイケア
5. 認知行動療法
6. てんかん指導科
7. その他（ ）
8. 訪問看護の指示

※主たる精神障害の ICD コードが F40～F99 の場合は、下記も記載すること。

④ 「重度かつ継続」の有無（有・無）

⑤ 医師の略歴（精神保健指定医である等、3年以上の経験があること）

精神保健指定医（第

主たる精神障害の ICD コードが F4～F9 の場合は (上)
④⑤も記載してください

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名

※ 審査会 使用欄	1級	2級	3級	非該当