**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 |  |
| 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。

ＦまたはＧ数字

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | 　 |

 |
| 1. 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及び内容**※手帳の申請には初診年月日から6か月以上経過していることが必要** | （推定発病時期　　　　　年　　　月頃） |
| ④　現在の病状及び状態像等（該当する項目を〇で囲むこと。） (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　　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）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　 　２．意識障害　　３．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．覚せい剤　　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再掲すること。）　　　 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　　　　　　）　 　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　　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 |
| 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） |   |
| ⑦　備考 |
| ■ **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を想定して判断する。**児童にあっては、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**） 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、いずれか　一つを〇で囲むこと。）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、身のまわりのことは 　 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。** |
| * **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、用法用量）
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．てんかん指導料７．その他(　　　　　　　　　 　　)　　　８．訪問看護の指示　 | ③ 今後の治療方針 |
| **※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年以上精神医療に従事した経験を有することが必要)□精神保健指定医 (第　　　　　　　　　　　　　号)　　　　　　　□精神医療に従事した経験 (　　　　　　　　年以上)　 |

|  |
| --- |
| 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 診療科担当科名 医師氏名 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※審査会使用欄 |  １級 |  ２級 |  ３級 | 非該当 |
|  |  |  |  |