

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）		男・女
住所			
<p>① 病名（ICD カテゴリーはF0～F9又はG4のうち該当するコードを記載してください。）</p> <p>(1) 主たる精神障害 ICD カテゴリー（ ）</p> <p>(2) 従たる精神障害 ICD カテゴリー（ ）</p> <p>(3) 身体合併症</p>			
<p>② 発病から現在までの病歴（推定発病年月、精神科受診歴等）</p> <p>推定発病年月： 年 月 / 初診年月日： 年 月 日</p> <p>（精神障害を主として初めて医療機関を受診した日について、診療録で確認するか本人又は家族の申し立てに基づき記入してください。）</p>			
<p>③ 現在の病状・状態像等（該当する項目を○で囲んでください。）</p> <p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他（ ）</p> <p>(2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他（ ）</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 連合弛緩・滅裂思考 4 その他（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他（ ）</p> <p>(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 その他（ ）</p> <p>(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 精神運動不穏 4 心気症状 5 その他（ ）</p> <p>(8) 痙れん及び意識障害 1 痙れん 2 意識障害 3 臨床発作はないが服薬が必要 4 てんかん発作 5 その他（ ）</p> <p>てんかん発作のタイプと頻度について、</p> <p>① 意識障害はないが随意運動が失われる発作、意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作の頻度（ 回/月）</p> <p>② 意識障害の有無を問わず転倒する発作、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作頻度（ 回/年）</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他（ ）</p> <p>(10) 知能障害 1 知的障害（精神遅滞）：ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症（痴呆）（HDS-R 点）</p>		<p>④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状等（該当する項目の□をチェックし、空欄に必要事項を記入すること。）</p> <p><input type="checkbox"/> その状態像が精神病あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返す</p> <p><input type="checkbox"/> てんかんで発作のコントロールについて維持療法が必要</p> <p><input type="checkbox"/> 精神作用物質の乱用、依存からの脱却のため通院治療が必要である</p> <p><input type="checkbox"/> その他の状態（具体的に）</p>	
<p>⑤ 現在の治療内容</p> <p>(1) 投薬内容（精神通院医療の対象と考えられるものについて記入してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 非定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 定型抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 感情調整薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠導入薬 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン病薬 <input type="checkbox"/> その他（具体的に）</p> <p>(2) 精神療法、デイ・ケア利用等（該当する項目の□をチェック又は空欄に必要事項を記入してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 通院精神療法・分析療法 <input type="checkbox"/> てんかん指導 <input type="checkbox"/> 通院集団精神療法 <input type="checkbox"/> 精神科デイ・ケア <input type="checkbox"/> 訪問看護</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に）</p>			

(3) 通院頻度 (規則的・不定期)	年	回程度
(4) 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)		
⑥ 生活能力の状態 (保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断してください。)		
1 現在の生活環境		
・入院 (精神・他科)・入所 (施設名)・在宅・その他 ()		
2 日常生活能力の判定 (該当する項目一つを○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) 身の清潔保持		
・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) 金銭管理と買い物		
・適切にできる ・概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 ・概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 ・概ねできるが援助が必要 ・援助があればできる ・できない		
(6) 身の安全保持、危機対応		
・適切にできる ・概ねできるが援助が必要 ・援助があればできる ・できない		
(7) 社会的手続きや公共施設の利用		
・適切にできる ・概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 ・概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 (該当する項目一つを○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出来ない		
⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (該当する項目にレ印を記入)		
<input type="checkbox"/> 生活訓練施設 (援護寮) <input type="checkbox"/> 福祉ホーム <input type="checkbox"/> 通所授産施設 <input type="checkbox"/> 小規模作業所 <input type="checkbox"/> 福祉工場 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型、B型) <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 生活サポート事業 <input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 保健師の訪問 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		
⑧ 「重度かつ継続」に関する意見 (※精神通院医療と同時申請の場合は記載)		
(「重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害が ICD カテゴリーの F4～F9 の場合は、診断する医師の略歴についてア、イ、ウのうちあてはまる項目を○で囲んでください。)		
1. 該当 (ア 精神保健指定医 イ 精神医療歴 3 年以上の医師 ウ その他の医師)		
2. 非該当		
⑨ 備考		
年 月 日		
医療機関所在地.....	医師氏名 (自署又は記名捺印)	
名.....称.....		
診 療 科 名.....		
電 話 番 号.....		