様式第23号（第19条関係）

診 断 書 （精神障害者保健福祉手帳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 年　　月　　日　（　　歳） |
| 住所 |  | | |
| ①　病名  ICDｺｰﾄﾞは、右の病名と対応する  F00～F99、G40のいずれかを記載 | | ⑴　主たる精神障害　　　　　　　　　　　　ICDコード　　　（　　　　　　）  ⑵　従たる精神障害　　　　　　　　　　　　ICDコード　　　（　　　　　　）  ⑶　身体合併症　　　　　　　　　　身体障害者手帳（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 | |
| 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、発症の原因となった疾患名とその発症日） | | （疾患名　　　　　　　　　　　　　発症日　　年　　月　　日） | |
| ④　現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む） | | | ⑤ ④の症状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 |
| 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 　\*発作のタイプと頻度を右側に記載してください。  (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（状態像を当該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、等級等)  (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ﾊﾟ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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | ア　最終発作　（　　　　　年　　　　月　　　　日）  イ　発作のタイプと頻度  該当する発作のタイプに○を、発作の頻度について  □にチェックし、回数を記入してください。  (ｲ)意識障害はないが、随意運動が失われる発作  □年　　□月　　□週　　　　（　　　　　）　回  (ﾛ)　意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  □年　　□月　　□週　　　　（　　　　　）　回  (ﾊ)　意識障害の有無を問わず、転倒する発作  □年　　□月　　□週　　　　（　　　　　）　回  (ﾆ)　意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  □年　　□月　　□週　　　　（　　　　　）　回 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑥生活能力の状況（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（該当するもの一つを〇で囲む）  (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　）  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) 他人との意志伝達・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) 身近の安全保持・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、どれか一つを〇で囲む）  (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　現在の障害福祉等のサービスの利用状況　（該当する項目を○で囲む）  (1) 自立訓練（生活訓練） 　(2) 共同生活援助（グループホーム） 　(3) 居宅介護（ホームヘルプ）  (4) 訪問指導 　(5) 生活保護 　(6) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ⑨　「重度かつ継続」に関する意見※自立支援医療費（精神通院）を同時に申請する場合でICDコードがF4～F9の場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | |
| ◆計画的・集中的な治療を継続して行う必要性  有　・　無 | | ア 精神保健指定医  イ その他の医師　＊　　年　　月から　　年　　月まで（医療機関名）　　　　　　　にて　　　　　　　　に従事  　　　　　　 　　　　　年　　月から　　年　　月まで（医療機関名）　　　　　　　にて　　　　　　　　に従事  　　　　　 　　　　　　年　　月から　　年　　月まで（医療機関名）　　　　　　　にて　　　　　　　　に従事 | | | | | | | |
| ⑩　備考 | ＊下記の太枠内は記入しないでください。 | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | 判定年月日 | | |  | | |
| 医療機関所在地 | | | | 判定者 | | |  | | |
| 名　　　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | 判定会結果 | 該当 | | | | 非該当 |
| 診療担当科名 | | | | １級 | ２級 | | ３級 | 保留 |
| 医師氏名 | | | | 「重度かつ継続」  該当・非該当 | | | |