

## 診 断 書(精神障害者保健福祉手帳用)

和歌山県提出用

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～F99、G40のいずれかを記載。)	(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(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、発症の原因となつた疾患名とその発症日 (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)		
(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: <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 (月 _____ 回又は年 _____ 回)</span>		
<span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 (月 _____ 回又は年 _____ 回)</span>		
<span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 (月 _____ 回又は年 _____ 回)</span>		
<span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作(月 _____ 回又は年 _____ 回)</span>		
最終発作( _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
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再掲してください。)		
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		
[検査所見:検査名 _____、検査結果、検査時期 _____ ]		

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、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) 社会的な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○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、身の回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(障害者自立支援法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)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等)

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。 令和 年 月 日

医療機関の名称	医師氏名
医療機関所在地	
電話番号	
診療担当科名	

※ 自立支援医療(精神通院医療)と同時に申請される場合は、下記の欄を必ずご記入ください。

(1)現在の治療内容

1 投薬内容( )
2 精神療法等( )
3 訪問看護指示 (有・無)*有の場合、理由及び依頼先医療機関等( )
4 デイケア指示 (有・無)*有の場合、理由及び依頼先医療機関等( )

(2)今後の治療方針 ( )

「重度かつ継続」に関する意見(所得区分・医療保険の多数該当にかかわらず、主たる精神障害がICDコードのF00～F39・G40以外の場合、判断し、記入する。)

(3)計画的集中的な通院医療の継続の必要性 a 必要とする b 必要としない

(4)医師の略歴 a 精神保健指定医 b 3年以上精神医療に従事した経験がある医師