様式１６（規則様式第７（第８条関係））

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 年　　 　　月　　 　日生（　　 　　歳） |
| 氏名 |  | |
| 住所 |  | | |
| 1. ①病名（ＩＣＤコードは、右の病名と対応する**Ｆ00～Ｆ99、Ｇ40**のいずれかを記入する。病名により３桁までのコードが必要となる場合がある。） | | (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  （手帳の申請には、主たる精神障害の初診日から６か月経過していることが必要です。） | | 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　（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記入する。） | | （推定発病年月　　　　　　　　年　　　　　月頃）    ＊器質性精神障害（認知症を除く。）の場合は、発症の原因となっ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（該当するものを○で囲む。）  １ 抑状態  (1) 思考・運動抑制　　(2) 易刺激性、興奮　　(3) 憂気分　　(4) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２ 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 精神運動興奮及び迷の状態  (1) 興奮　　(2) 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（発作のタイプが複数ある場合は「頻度欄」へそれぞれのタイプの頻度について記載する。）  　　ア　意識障害はないが、随意運動が失われる発作  イ　意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  ウ　意識障害の有無を問わず、転倒する発作  エ　意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  最終発作（　　　　　　年　　　　月　　　　日）（最終発作に至るまでの頻度を記入すること。（　　　　回／月 又は　　　　回／年））  脳波検査を行った場合は、その所見（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (2) 意識障害　　(3) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）  ９ 精神作用物質の乱用、依存等  (1) アルコール　　(2) 覚剤　　(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（不使用の場合は、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、検査時期、検査結果　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（項目ごとに該当するもの１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) 身辺の清潔保持及び規則正しい生活  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 ）（「不要」に○をつけた場合にも、通院と服薬の能力について判定する。）  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・娯楽への関心及び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（該当するもの１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（重要な項目でありできるだけ詳細な情報を記載する。また、⑤欄、⑥欄の記載内容、選択項目との整合性に留意のこと。） | | | | | |
| ⑧　現在の障害福祉等のサービスの利用状況（該当するものを○で囲む。）  １　利用有　〔　生活訓練 ・ グループホーム・ ホームヘルプ ・ 訪問指導 ・ その他（　　　　　　　　　 ） 〕  ２　利用無  ３　生活保護（　有　・　無　） | | | | | |
| 手帳の交付と自立支援医療（精神通院）の支給認定とを同時に申請する場合は、⑨欄及び⑩欄についても記入する。  ただし、⑩欄は主たる精神障害がＩＣＤコードＦ40～Ｆ99である場合に記入する。 | | | | | |
| ⑨　現在及び今後の治療方針  　１　薬物療法（具体的な薬剤名を必ず記載する。）  　２　精神療法等  ３　訪問看護指示の有無　（　有　・　無　） | | | | | |
| ⑩　医師の略歴及び「重度かつ継続」に関する意見  　医師の略歴について該当する□をチェックし、「精神保健指定医」又は「精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が３年以上）」にチェックした場合は「重度かつ継続」に関する意見について該当する□をチェックしてください。 | | | | | |
| 医師の略歴  □精神保健指定医  □精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が３年以上）  □精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が３年未満） | 「重度かつ継続」に関する意見  　　□該当と判断する。  　　□非該当と判断する。 | | | | |
| 年　　　月　　　日  医療機関所在地  名　　称  電話番号  診療担当科名  医師氏名 | 審　査　欄（※　この欄は記載しないこと。） | | | | |
| 手　　　　帳 | １級 | ２級 | | ３級 |
| 不承認 | | | |
| 自立支援医療 | 承認 | | 不承認 | |
| 重度かつ継続 | 該当 | | 非該当 | |