

精神障害者保健福祉手帳用診断書

氏 名			
明治・大正・昭和・平成・令和 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 ( F <input type="text"/> <input type="text"/> , G <input type="text"/> <input type="text"/> )		
	(2) 従たる精神障害 _____ ICDコード ( F <input type="text"/> <input type="text"/> , G <input type="text"/> <input type="text"/> )		
	(3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳 (有・無・不明, 等級 )		
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和 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, 発病の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名: _____, 昭和・平成・令和 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) 幻覚妄想状態等 1 幻覚 2 妄想 3 連合弛緩・減裂思考 4 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( _____ ) 頻度( _____ ) 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 (不使用的場合, その期間 _____ 年 _____ 月から)			
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知能障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中度 ウ 重度 療育手帳(有・無・不明, 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・イ家族等同居）その他（ \_\_\_\_\_ ）
- (2) 日常生活能力の判定（該当するものを○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 金銭管理と買い物  
 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）  
 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
  - 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 現在の障害福祉等のサービスの利用状況**

ア. 生活訓練(援護寮)    イ. 就労移行支援(通所授産施設等)    ウ. 就労継続支援(福祉工場・通所授産施設等)  
 エ. グループホーム    オ. 福祉ホーム    カ. ホームヘルプ    キ. ショートステイ    ク. 小規模作業所  
 ケ. 回復者クラブ    コ. 保健師の訪問    サ. その他( \_\_\_\_\_ )

**8 その他特記事項**

**9 自立支援医療(精神通院)の重度かつ継続に係る判定（自立支援医療を申請する場合にご記入ください）**

（「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・ウのうち該当する項目に○印をつけること。）

A 該当 B 非該当    ア 精神保健指定医    イ 精神科医（3年以上精神医療に従事）    ウ その他の医師

上記のとおり診断します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関の名称  
 医療機関所在地  
 電話番号  
 診療科担当科名  
 医師氏名  
 （自署又は記名捺印）

審査意見	該当			非該当	保留	委員	備考
	1級	2級	3級				

\* 医師氏名は，自署又は記名捺印のこと。  
 \* 用紙の大きさは，日本工業規格A4とすること。  
 \* 必要な事項については，空欄がないよう記載をお願いします。  
 なお，審査判定上必要があるときは，宮城県又は仙台市から医療機関に照会をすることがあります。