

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

相模原市提出用 ・ 区 控 ・ 医療機関控

フリガナ氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
住所	相模原市 区	
1 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記入してください。)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	※ICDコードは3ケタ以上(例:F〇〇)で記入してください。
	(2)従たる精神障害 _____ ICDコード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(3)身体合併症 _____ 身体障害者手帳【有りの場合 等級 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、初発症状などを記入してください。)	(推定発病時期 昭和・平成・令和 年 月頃)	
4 現在の病状、状態像等 (該当項目を○で囲んでください。) (おおむね過去2年間に認められたもの、今後2年間に予想されるものを含む。)	5 4の病状・状態像等の具体的内容・程度、症状、検査所見等	
(1)抑うつ状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂うつ気分 エ その他()	・てんかん発作に該当する場合は、次の項目について記入してください。 (1)発作のタイプ、頻度 ア 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 月に()回 又は 年に()回 イ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 月に()回 又は 年に()回 ウ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 月に()回 又は 年に()回 エ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 月に()回 又は 年に()回 (2)発作がコントロールされている場合 最終発作年月日 (年 月 日) ※(1)(2)に該当する項目がない場合は、発作のタイプ、頻度等について詳細に記入してください。	
(2)躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ その他()		
(3)幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他()		
(4)精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他()		
(5)統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他()		
(6)情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他()		
(7)不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他()		
(8)てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 (該当する場合は、5欄に発作のタイプ、頻度等について記入) イ 意識障害 ウ その他()		
(9)精神作用物質の乱用及び依存等 ア アルコール イ 覚醒剤 ウ 有機溶剤 エ 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、その期間 年 月から)〕		
(10)知能・記憶・学習・注意の障害 ア 知的障害 (精神遅滞) (ア)軽度 (イ)中等度 (ウ)重度 療育手帳【有りの場合 等級等】 イ 認知症 (ア)軽度 (イ)中等度 (ウ)重度 ウ その他の記憶障害 () エ 学習の困難 (ア)読み (イ)書き (ウ)算数 (エ)その他() オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他()		
(11)広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ その他()		
(12)その他 ()		

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してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)	(3)日常生活能力の程度 (該当する記号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)
(1)現在の生活環境 入院・入所(医療機関又は施設名 _____) ・在宅(ア 単身 イ 家族等と同居) ・その他(_____)	ア 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。 イ 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。 ウ 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。 エ 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。 オ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。
(2)日常生活能力の判定 (該当するもの一つを○で囲んでください。)	7 6(生活能力)の具体的程度、状態等 (障害による生活上の支障と、どのような支援を受けて生活しているのかを記入してください。)
ア 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	
イ 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	
ウ 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	
エ 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	
オ 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	
カ 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	
キ 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	
ク 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	
8 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください。)	
・ 自立訓練 (生活訓練) ・ 共同生活援助 (グループホーム) ・ 居宅介護 (ホームヘルプ)	
・ 地域活動支援センター ・ 訪問指導 ・ 生活保護 ・ その他の障害福祉サービス等 (_____)	

※自立支援医療を同時申請する場合、9～11を記入してください。

9 現在の治療内容	
(1)投薬内容 (診断名に対する薬剤名等)	(2)精神療法等 (該当項目を○で囲んでください。)
〔 _____ 〕	・ 通院精神療法 ・ 精神分析療法 ・ 精神科作業療法 ・ 精神科デイケア ・ 認知行動療法 ・ てんかん指導科 ・ その他 (_____) ・ なし
	(3)訪問看護指示の有無【有・無】(どちらかを○で囲んでください。)
10 今後の治療方針 (治療目標をふまえて、継続的に行っていく治療方法を記入してください。)	
11 自立支援医療における「重度かつ継続」(主たる精神障害がF00～F39及びG40の場合は記入不要です。)	
1 病名の(1)主たる精神障害のICDコードがF40～F99であって、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態に該当し、計画的・集中的な治療を継続的に要する場合に、該当事項に「レ」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 症状等が持続している <input type="checkbox"/> 症状等が消長を繰り返している <input type="checkbox"/> 症状等の持続又は消長の繰り返しはしていない	

12 備考	
令和 年 月 日 (診断日は、2「初診年月日」から6ヶ月以上経過していることが必要です。)	自立支援医療を同時申請し、主たる精神障害のICDコードがF40～F99であって、「重度かつ継続」に該当する場合は、下記のいずれかの事項に「レ」を記入(指定医番号の記入)してください。 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医番号 第 _____ 号 <input type="checkbox"/> 精神科医療に従事した経験 3年以上あり
・ 医療機関の名称	・ 診療担当科名 _____
・ 所在地・電話番号	・ 医師氏名 _____