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）

主たる精神障害が知的障害（精神遅滞）の場合は、基本的に手帳交付の対象外です。

氏名・生年月日・年齢・住所は、申請者本人の特定に関わる情報ですので、正確にご記載下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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）  前医があれば、前医の初診年月日を記載してください。（初診日から６ヶ月経過していない場合、判定の対象外となります。） | |
| 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  推定発病年月日や初診医療機関名をご記載下さい。また、精神障害を主訴として初めて医療機関を受診した時期と初診時のエピソードについて、できるだけ詳しく記載してください。認知症以外の器質性精神障害の場合は、原因となった疾患名及び発症日をご記載下さい。 | |
| 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  該当する状態像の数字を漏れなく○で囲んで下さい。診断書記入時点のみでなく、概ね過去２年間に認められたもの、及び概ね今後２年間に予想されるものを含め、該当する数字を○で囲んで下さい。  (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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  てんかんは、発作のタイプ、最終発作に至るまでの頻度及び最終発作年月日により等級が判定されます。漏れの無いようにご記載下さい。  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  主たる精神障害がアルコールをはじめとする精神作用物質による行動の障害である場合は、その精神作用物質を現在使用しているか否か、使用していない場合はいつから使用していないかご記載ください。  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ④で該当した項目について、できるだけ具体的にご記載下さい。自立支援医療と同時に申請する場合は、「入院を要さない状態であること」「その状態像が精神疾患あるいはそれと同等の病態にあり、持続するかあるいは消長を繰り返すこと」「継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすること」等がわかるようにご記載下さい。  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  日常生活能力の程度が（１）に該当する場合、通常、手帳の交付は「非該当」となります。  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。）  食事、入浴などの基本的生活が一人で送ることができているのかどうか、学齢期であれば学校に通えているのか、成人であれば就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのかどうか等をご記載下さい。家事に携わる者であれば家事能力、育児を行う立場であれば育児能力も重要な指標となります。小学生以下の児童の場合、等級をより客観的に判定するため、①食事摂取、排せつ、整容・保清それぞれについて、どの程度介助または援助を要するのか、あるいは介助または援助があってもできないのか、②家族をはじめとする他者との日常的な意思伝達がどの程度可能なのか、③幼稚園・保育園などでの集団生活や学校に適応するためにどの程度の配慮を必要とするのか（保育士の加配の有無、支援級か普通級か等）、あるいは配慮があっても適応できないのか、わかるようにご記載下さい。また、中学生の場合は、学校等への適応状況がわかるようにご記載下さい。 | | | | | |
| 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  医師の略歴について該当する□にチェックを入れるとともに、「重度かつ継続」に関する意見についても該当する意見の□にチェックを入れてください。  なお、医師の略歴について、「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）」にチェックした場合は、「重度かつ継続」についての判断はできませんのでご留意ください（この場合、「重度かつ継続」は非該当となります）。  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 | |

診断書記入時点のみでなく、概ね過去２年間認められたもの及び概ね今後２年間に予想されるものを含め該当するものを○で囲んで下さい。なお、それぞれの○で囲んである項目の整合性がとれていない場合、確認の連絡をさせていただくことがあります。