

診断書兼意見書（精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療兼用）

氏名			生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日（歳）
住所							
① 病名 （ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載してください。ただし、精神症状のないてんかんについては、Gコードを使用してください。）	(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		
	（精神障害の治療又は症状に起因するもの）						
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、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（該当する項目を○で囲んでください。）							
(1) 抑鬱状態	1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮 3 憂鬱気分 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 発作型（ ）、頻度（ 回/月又は 回/年）、最終発作（ 年 月 日） 2 意識障害 3 その他（ ）						
	* 発作型は、次の「イ・ロ・ハ・ニ」で記入してください。頻度は、過去2年間について記入してください。 イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作						
(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	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
(④で○をされた病状等について、生活への影響や支障を詳しく具体的に記載してください。)

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期] (例えば、認知症の場合は長谷川式等の検査結果を記載してください。)

⑥ 現在の治療内容 (自立支援医療費申請の場合に記載してください。)

- 1 投薬内容 ()
- 2 精神療法等 ()
- 3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑦ 今後の治療方針 (自立支援医療費申請の場合に記載してください。)

⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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)、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

⑩、⑪については、手帳の申請を行う場合に記載してください。

⑩ 生活能力の状態(保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った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(該当する箇所○をしてください。)

	できる	できるが 援助が必要	援助があれ ばできる	できない
(1) 適切な食事摂取	自発的に	自発的に		
(2) 身の清潔保持、規則正しい生活	自発的に	自発的に		
(3) 金銭管理と買物	適切に	おおむね		
(4) 通院と服薬(要・不要)	適切に	おおむね		
(5) 他人との意思伝達・対人関係	適切に	おおむね		
(6) 身の安全保持・危機対応	適切に	おおむね		
(7) 社会的手続や公共施設の利用	適切に	おおむね		
(8) 趣味・娯楽への関心、文化的 社会的活動への参加	適切に	おおむね		

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○で囲んでください。)

- (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、日常生活及び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。

⑪ ⑩の具体的程度、状態(就学、就労状況を含む。)等

⑫ 自立支援医療費の意見書において、主たる精神障害のICDコードを「F00~F39、G40」以外と判断された医師にお聞きます。
(精神保健指定医の場合は(1)に○をしてください。その他の場合は、()内に3年以上精神医療に従事した経験の有無が分かるよう略歴の記載をお願いします。)

- (1) 精神保健指定医である。 (2) その他()

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関の名称

診療担当科名

医療機関所在地

医師氏名 電話番号