

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

横浜市提出用

ふりがな 氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)		
住所	横浜市 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 ()	
	(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 (有の場合→ 等級 級)	
② 初診年月日 (1) 主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (2) 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、治療内容などを記入してください)	(1) 推定発病時期 昭和・平成・令和 年 月 月頃 (2) 病歴、治療の経過等 ※省略はできませんので必ず記入してください。		
	※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: 昭和・平成・令和 年 月 日)		
④ 現在の病状、状態像等 (該当項目を○で囲んでください) ※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・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 (検査名、検査結果、検査時期等)	
(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 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 1 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) 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()		(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 (療育手帳 有の場合→ 等級等 (精神遲滞) 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 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 運動機能障害 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 限定した常規的で反復的な関心と活動 4 その他()		(12) その他 ()	

【てんかん発作について記入】

イ. 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
ロ. 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
ハ. 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
ニ. 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
ホ. 現在発作はない(発作がコントロール出来ている場合)

最終発作 (年 月 日)

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 (該当するもの一つを○で囲んでください)		
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【身辺の清潔保持、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【身辺の安全保障・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		
(3) 日常生活能力の程度 (該当するもの一つを○で囲んでください)		
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。		
(7) ⑥の具体的程度、状態像等		
(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()		

※自立支援医療の申請に利用する場合は、⑨~⑪の記入が必要です。

⑨ 現在の治療内容		
(1) 投薬内容(薬剤名等)※投薬がない場合は投薬なしと記入してください。 (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 ・てんかん指導料 ・該当なし ・その他()		
(3) 訪問看護指示 <input type="checkbox"/> あり (利用がある場合は「✓」を記入してください)		
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」 ※①病名の(1)主たる精神障害のICDコードがF0~F3、G40の場合は、その病名により「重度かつ継続」の対象となります。		
(1) ①病名(1)主たる精神障害のICDコードがF4~F9であって、④~⑥)情動及び行動の障害または④~⑦)不安及び不穏状態に該当し、計画的・集中的継続的治療を要する場合に、該当事項に「✓」を記入してください。 □ 症状等が持続している □ 症状等が消長を繰り返している □ 症状等の持続または消長の繰り返しはしていない (2) (1)は、3年以上の精神医療の経験を有する医師の診断となるため、該当する項目に「✓」を記入してください。 □ 精神保健指定医(精神保健指定医番号 第 号) □ 精神医療に従事した経験 3年以上		
⑫ 備考		
令和 年 月 日 (※診断日は、「②初診年月日」から6か月以上経過していることが必要です)		
医療機関の名称		診療担当科名
所在地・電話番号		医師氏名