

診 断 書（精神障害者保健福祉手帳用）			
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。 (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（ ） ※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 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度（療育手帳 有の場合→ 等級等） (精神遅滞) 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 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 (検査名、検査結果、検査時期等)	

横 浜 市 提 出 用		
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		(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。 <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。 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医(精神保健指定医番号 第 号) <input type="checkbox"/> 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