

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）チェックシート【医療機関用】

<input type="checkbox"/> ①主たる精神障害に病名が一つだけ記載されていますか
<input type="checkbox"/> ① I C DコードはF 0～F 9・G 4 0で記載されていますか
<input type="checkbox"/> ②初診年月日は診断書作成日より6か月以上前の日付が記載されていますか
<input type="checkbox"/> ③推定発病年月・受診歴が記載されていますか（「なし」「変化なし」「未記入」等は不可）
<input type="checkbox"/> ④病状・状態像の具体的項目（1, 2, 3, ア, イ, ウ等）に○が付いていますか
<input type="checkbox"/> ⑤現在の病状、状態像等について具体的程度等が記載されていますか
<input type="checkbox"/> ⑤てんかんの場合、発作についての記載がありますか
<input type="checkbox"/> ⑥(1)入所、その他の場合（）内に記載がありますか
<input type="checkbox"/> ⑥全項目に○が付いていますか
→(1) 1箇所又は2箇所（2）9箇所（3）1箇所（合計）11箇所又は12箇所
<input type="checkbox"/> ⑦生活能力の状態について具体的程度等が記載されていますか
<input type="checkbox"/> ⑧サービス利用について、その他の場合（）内に記載がありますか
<input type="checkbox"/> 診断書作成日は正しく記載されていますか ※（年始は特にご注意下さい）
<input type="checkbox"/> 医療機関名、住所等は記載されていますか
<input type="checkbox"/> 医師名が記載されていますか（自署でない場合、押印がされていますか）
<input type="checkbox"/> 訂正箇所に訂正印がありますか ※（日付の訂正は特にご注意下さい）

診断書が2枚に分かれている場合

<input type="checkbox"/> 割印がありますか

自立支援医療を同時に申請する場合

<input type="checkbox"/> ⑨具体的薬剤名が記載されていますか。または、「投薬なし」と記載されていますか。
<input type="checkbox"/> ⑨精神療法の項目の一つ以上○が付いていますか。その他の場合（）内に記載がありますか。
<input type="checkbox"/> ⑩今後の治療方針が記載されていますか。
<input type="checkbox"/> ⑪ I C DコードがF 4～F 9の場合、(1)(2)の記載がありますか。
<input type="checkbox"/> 入院中の方の場合、退院予定の記載がありますか（例：○月末、○月中退院予定 等）

※ ⑪については必須項目ではないため、記入されていなくても判定されます。