

# 診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

ふりがな	明治・大正・昭和・平成・令和		
氏 名	年 月 日生 ( 歳)		
住 所	横浜市 区		
① 病 名 <small>(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)</small>	(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  <small>(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)</small>	(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。	
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。		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( )		【てんかん発作については下記にも記入して下さい】 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)	
(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 ( )			

※2部作成いただき、医療機関控えは医療機関にて保管してください。

横浜市提出用 医療機関控え

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  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の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 印  
(自署又は記名捺印)