

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 ICDコードはF0～F9・G40で記載されていますか。（F7は対象外） |
| <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 推定発病年月日・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（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、発作についても記載がありますか。 |
| <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 (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。（※年始は特にご注意ください） |
| <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。 |
| <input type="checkbox"/> 訂正箇所に訂正印がありますか。（※日付の訂正には要注意） |

自立支援医療(精神通院医療)と同時の場合

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ⑨ 具体的薬剤名が記載されていますか。または、「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 ICDコードがF4～F9の場合、（1）（2）の記載がありますか。 |
| <input type="checkbox"/> ⑩ 入院中の方の場合、退院予定の記載がありますか。（例：○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。