

フリガナ氏名	〇〇 〇〇	生年月日	明治・大正 昭和・平成	△△ 年 △月 △日 (△△歳)
住所	大阪市 □□区 □□1-1-1			
① 病名 (ICD コードは、下記の病名と対応する F00 から F99 まで又は G40 のいずれかを記載してください。)				
(1) 主たる精神障害	統合失調症	ICD コード	(F20.0)	
(2) 従たる精神障害		ICD コード	()	
(3) 身体合併症		身体障がい者手帳 (有・無、種別)	級)	
② 発病から現在までの病歴並びに治療の経過、内容 (発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載する。)(推定発病時期 平成 8年 月頃)				
診断根拠を明らかにしてください				
無為自閉の傾向があったが、平成 8年 8月頃より、幻聴・被害妄想などの精神症状の発現が見られ、抗精神病薬の投薬を行っている。				
過去2年間の病状・生活能力について記述してください				
※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 年 月 日)				
※初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成	8年 8月 5日	
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成	8年 10月 5日	
(※本診断書に係る申請には主たる精神障害の初診年月日より6カ月以上の経過が必要)				
③ 治療歴				
医療機関名	治療期間(年・月)入院・外来	医療機関名	治療期間(年・月)入院・外来	
××病院	××～×× 入・外	××クリニック	××～×× 入・外	
④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)				
(1) 抑鬱状態	①思考・運動抑制 ②易刺激性・興奮 ③憂鬱気分 ④その他 ()			
(2) そう状態	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) 精神運動興奮及びこん迷の状態	①興奮 ②こん迷 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 (けいれん及び意識障害)	①てんかん発作 過去2年間の頻度 (回/月又は 回/年) 発作区分 ア意識障害はないが、随意運動が失われる発作 イ意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ウ意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 最終発作 (年 月 日) ②意識障害 ③その他 ()			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等	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) ①アルコール ②覚せい剤 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 (精神遅滞) [ア軽度 イ中等度 ウ重度] 療育手帳 (有、無、等級等) 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・状態像の具体的程度・症状、検査所見等を記載してください。

幻聴・被害妄想など統合失調症の症状が続いている。

病歴・治療経過・病状・状態像について具体的・個別的に記載してください。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 生活能力の状態 (保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)

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 (該当する箇所に○をしてください。)

	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
(1)適切な食事摂取		○		
(2)身の清潔保持・規則正しい生活		○		
	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)金銭管理と買い物			○	
(4)通院と服薬(要・不要)		○		
(5)他人との意思伝達・対人関係			○	
(6)身の安全保持・危機対応			○	
(7)社会的手続きや公共施設の利用			○	
(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加			○	

3 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)

(1) 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。
(2) 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。
(3) 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。
(4) 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。
(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

◎前回診断書記載時と比較して、日常生活能力の状態について下記に○をしてください。
【前回に比し、改善 不変 悪化 不明】

⑦ ⑥の具体的程度・状態等 統合失調症の症状のため、基本的な ADL についても援助や見守りが必要である。

⑧ 現在の障がい福祉等のサービスの利用状況

(1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等に規定する①～⑦のサービス (該当する項目を○で囲み、利用回数を記入してください。)

① 自立訓練 (生活訓練) 【 回/週又は 回/月】 ② 共同生活援助 (グループホーム)
③ 居宅介護 (ホームヘルプ) 【 回/週又は 回/月】
④ その他の障害福祉サービス () 【 回/週又は 回/月】
⑤ 訪問看護 【 回/週又は 回/月】 ⑥ 訪問指導 【 回/週又は 回/月】 ⑦ デイケア 【 回/週又は 回/月】

(2) 生活保護の 有・無 (○で囲んでください。)

(3) その他 ()

⑨ 備考 **診断根拠不明のため等級判定不能**

上記のとおり、診断します。 △△ 年 △月 △日

医療機関所在地 **大阪市 □□区 □□2-2-2** 診療担当科名
名称 **××クリニック** 医師氏名 (自署又は記名押印)
電話番号 **〇〇 〇〇**

非該当

※自立支援医療の審査も同時に必要とされる場合は、下記も合わせてご記入ください。

治療方針 (薬物療法・精神療法等) 等

主たる病名 (ICD コード) が F00～F39、G40 以外の場合ご記入ください。

(1) 自立支援医療費 (精神通院医療) 支給判定指針に基づき、上記症状が重度であり計画的・集中的な通院医療が必要であると判定されますか。
□判定される □判定されない

(2) 医師の略歴
□精神保健指定医 □3年以上精神医療に従事した経験がある