

フリガナ氏名	必ずいずれかに○印を	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所			

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) 主たる精神障がい	状態像や疑い病名ではなく、可能な限り国際疾病分類に位置づけられる「病名」を記入してください。	ICD コード ()
(2) 従たる精神障がい		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 年 月頃)

生育歴、就学・就労状況等も必要に応じて記載してください。推定発病時期についても可能な限り記入してください。

※器質性精神障がい (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	主たる精神障がいの初診年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
必須記入	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

(※本診断書に係る申請には主たる精神障がいの初診年月日より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
上記①の精神障がいに関わる治療歴を記入してください。	・ ~ ・ 入・外		・ ~ ・ 入・外
	・ ~ ・ 入・外		・ ~ ・ 入・外
	・ ~ ・ 入・外		・ ~ ・ 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多量の減退 ④その他 ()

(6) 情動及び行動の異常 ①感情の不安定 ②食行動の異常 ⑤チック・汚言

(7) 不安及び不穏 ①身体的不穏 ②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がい) 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 ア意識障がいはないが、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
 ウ意識障がいの有無を問わず、転倒する発作 エ意識障がいを呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
 最終発作 (年 月 日) ②意識障がい 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・遅発性精神病性障がい(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・注意の障がい
 ①知的障がい (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その他の記憶障がい ()
 ④学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 ()
 ⑤遂行機能障がい ⑥注意障がい ⑦その他 ()

(11) 広汎性発達障がい関連症状 ①相互的な社会関係の質的障がい ②コミュニケーションのパターンにおける質的障がい
 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。

④の精神症状がどのように生活能力に影響しているのか、日常生活の様子も含めてできるだけ具体的に記入してください。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

診断に関わるもの、日常生活能力の指標になるもの等必要に応じて記入してください。

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 → 必須記載 (在宅の場合同居の有無も) 入院・入所 (施設名) ・ 住宅 (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○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				
(3)金銭管理と買い物	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
(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) 精神障がいを認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
 (2) 精神障がいを認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
 (3) 精神障がいを認め、日常生活に著しい制限を受けており、時にに応じて援助を必要とする。
 (4) 精神障がいを認め、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) 精神障がいを認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の根拠となる生活能力の具体的程度・状態等を記載してください。
 前回作成しておれば、必ずいずれか1つに○印を記入してください。

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基づき、利用がなければ必ず記入してください。
 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 その他の障がい福祉サービス () [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 必須記入

上記のとおり、診断します。 年 月 日
 医療機関所在地 診療担当科名
 名称 医師氏名 (自署又は記名押印)
 電話番号 } 忘れずに記入してください。

※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