

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

①京都府提出用 ②市町村控 ③医療機関控

フリガナ					
氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）				
住所	京都府				
① 病名 （ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載してください。）	(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・無、種別 _____ 級）			
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	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（推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。）	（推定発病時期 年 月頃）				
	*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年月（疾患名 _____ 年 月頃）				
④ 現在の病状、状態像等 （おおむね過去2年間に認められたもの及び今後2年間に予想されるものを含め、該当する項目を○で囲んでください。）					
(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（ _____ ）	
(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 （けいれん及び意識障害）	1 てんかん発作※	発作型（ _____ ）	2 てんかん以外のけいれん		
	3 意識障害	4 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	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（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現在の病状、状態像等」の具体的程度、症状、検査所見等					
	（検査所見：検査名、検査結果、検査時期 _____ ）				
※ てんかん発作の場合は、該当するものすべてを○で囲み、頻度、最終発作を記載してください。					
イ、意識障害はないが、随意運動が失われる発作	頻度（ _____ ）	最終発作（ _____ ）	年	月	日）
ロ、意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作	頻度（ _____ ）	最終発作（ _____ ）	年	月	日）
ハ、意識障害の有無を問わず、転倒する発作	頻度（ _____ ）	最終発作（ _____ ）	年	月	日）
ニ、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作	頻度（ _____ ）	最終発作（ _____ ）	年	月	日）

⑥ 生活能力の状態 （保護的環境ではなく、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。児童で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（該当するものを○で囲んでください。） 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（該当するものを○で囲んでください。）					
(1) 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	
(2) 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	
(3) 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	
(4) 通院と服薬	適切にできる	・ 要 _____	・ 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
	（双方とも不要の場合「不要」に○印） ・ 不要				
(5) 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	
(6) 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	
(7) 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	
(8) 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（該当する番号を選んで、いずれか一つを○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。					
⑦ 「⑥生活能力の状態」の具体的程度、状態等					
⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（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）、就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等について記載してください。）					
自立支援医療（精神通院）の申請を同時にされる場合は、⑨から⑪もご記載ください。					
⑨ 現在の治療内容					
(1) 投薬内容（自立支援医療（精神通院）の対象となる薬剤名を記載 ください。投薬がない場合は投薬なしと記載してください。）	(2) 精神療法等（通院精神療法、認知行動療法、集団精神療法、 精神科作業療法、てんかん指導等を記載してください。）				
[ _____ ]	[ _____ ]		(3) 精神科デイ・ケア（ショート・ケアを含む）指示 有・無		
			(4) 精神科訪問看護指示 有・無		
⑩ 今後の治療方針及び治療目標					
⑪ 「重度かつ継続」に関する意見（ICDコードF00～F39、G40以外の場合、該当するものを○で囲んでください。） 重度かつ継続 該当する・該当しない 医師の経歴 精神保健指定医・3年以上精神医療従事経験あり					
⑫ 備考					
上記のとおり、診断します。					
年 月 日（「②初診年月日」欄の「主たる精神障害の初診年月日」から6箇月以上経過した日付のものに限ります。）					
医療機関の名称	診療担当科名				
所在地・電話番号	医師氏名				
[注] 用紙の大きさは、日本産業規格A3とすること。					