様式第２－①号

診断書（精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費（精神通院）兼用）

氏　　名		明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日生（　　歳）	男　・　女
住　　所			

A　病 名　（手①・自①）
（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）

(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）

B　初診年月日　（手②）
＊診断書作成日が初診から６か月以上経過していることが分かれば、月日までの詳しい記載は求めません。

主たる精神障害の初診年月日＊　　昭和・平成　　年　　月　　日
診断書作成医療機関の初診年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日

C　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、治療内容などを記載する）
（手③・自②）

（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日
（疾患名　　、　　年　　月　　日）

D　現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）　（手④・自③）

(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　（けいれんおよび意識障害）
　1 てんかん発作 発作型（　　）　頻度（　　）　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
　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（　　）
　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　　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（　　）

※この欄は、自立支援医療費申請において、主たる精神障害のICDコードが、F0・F1・F2・F3・G40**以外の場合のみ**記入してください。
なお、記入が無い場合は、「重度かつ継続」に非該当として取り扱いをします。

◎「重度かつ継続」の該当・非該当 **（該　当　・　非該当）** ※該当の場合、右欄のいずれかに○をして、必要事項を記入してください。	(1)精神保健指定医	(2)精神科医 精神科医として従事した期間 （　　年　　月） ※精神保健指定医の場合、(2)は記入不要です。	(3)その他の医師 主に診療した精神障害 （　　） 上記の従事期間 （　　年　　月）

E　Dの病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見　等　（手⑤・自④）

〔　検査所見：検査名、検査結果、検査時期　　〕

F　現在の治療内容　（自⑤）
1　投薬内容

2　精神療法等

3　訪問看護指示の有無（　有　・　無　）

G　今後の治療方針　（自⑥）

H　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）　（手⑥）

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○で囲む）
（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）身辺の清潔保持、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（　**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
（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）身辺の安全保持・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、どれか一つを○で囲む）

(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。

I　Hの具体的程度、状態等　（手⑦）

J　現在の障害福祉等のサービスの利用状況　（手⑧・自⑦）
（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に規定する自立訓練（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）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等）

K　備考　（手⑨・自⑧）

上記のとおり、 診断します。　　平成　　年　　月　　日
医療機関所在地
　名　　称
　電話番号
診療担当科名
医師氏名　（自署又は記名捺印）

※ 診断書は、**Ａ３版見開き**で作成してください。 ※審査会の指示により、内容等についてお問い合わせする場合があります。
※ 精神障害者保健福祉手帳又は自立支援医療費(精神通院)を単独で申請される場合であっても、この様式を使用できます。手帳のみ申請される場合はＦ及びＧ欄、自立支援のみ申請される場合はB、Ｈ及びＩ欄の記入が省略できます。なお、（手①・自①）等は、それぞれ国が示している診断書様式の番号です。