

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

ふりがな 氏名	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 ( 歳 )	男・女
住所			
①病名 (ICDカテゴリーは、F0～F9のいずれかを記載)	(1)主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー ( ) (2)従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー ( ) (3)身体合併症 _____		
②発病から現在までの病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等)及び治療の経過	(初診年月日 _____ 年 月 日 □診察録で確認 □本人又は家族等の申し立て) (推定発病年月 _____ 年 月 頃)		
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んで下さい。現在は状態が安定しているが、医療を中断すると起こり得る症状の場合、◎で囲んで下さい。)			
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 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・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 感情鈍麻 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 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 その他 ( )			
(8) けいれんおよび意識障害 1 けいれん 2 意識障害 3 その他 ( )			
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 ( )			
(10) 知能障害 1 知的障害 (精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 2 認知症			
④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状等			

判定 意見	適			否	保	参考事項
	1級	2級	3級			
						1 初回 2 継続 ( 級) 3 その他 ( 級)

⑤ 生活能力の状態

1 現在の生活環境  
入院・入所 (施設名 \_\_\_\_\_) ・在宅・その他

2 日常生活能力の判定 (該当するもの一つを○で囲んで下さい。)

(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  
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・概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・概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・概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・概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・概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・概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○で囲んで下さい。)

(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、身のまわりのことはほとんどできない。

⑥ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況  
(障害者自立支援法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)、共同生活介護 (ケアホーム)、居宅介護 (ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等)

⑦ 備考 (身体所見、臨床検査の結果を含む)

上記のとおり、診断します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_  
医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
診療科担当科名 \_\_\_\_\_  
医師氏名 (自署または記名捺印) \_\_\_\_\_

注：本書は、A3用紙に拡大コピー (A4⇒A3) して御使用願います。