

# 精神障害者保健福祉手帳用診断書記載上の留意点

様式第25号（第15条関係）

## 診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

フリガナ 氏名	氏名・生年月日・住所は、正しく記載してください。		生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所				
① 病名・ICDコード <small>（ICDコードは、F00～F99、G40のいずれかを記載）</small>	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード（F00～F99、G40のいずれか）が記載されていますか。	ICDコード（ ） ICDコード（ ） 身体障害者手帳（有・無、種別 級）	
② 発病から現在までの病歴および治療の経過、治療内容、就学・就労状況等	主たる精神障害の初診年月日	年 月 日	(1) 診療録で確認 2 本人または家族の申立て	
	診断書作成医療機関の初診年月日	年 月 日		
	推定発病時期（年 月頃）	前医がある場合は、前医の初診年月日を記載してください。初診日から6か月経過していない場合、非該当になります。		月 日
③ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○印。過去2年間および今後2年間に予測されるものを含む。）	④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等			
(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（ ）	(検査所見) てんかんの場合は、発作の頻度・タイプ、最終発作年月日は記載されていますか。発作が長期間抑制されていれば、非該当になります。 ※てんかんの場合、以下について必ず記載してください。 (1) 発作の頻度（ ）回/月または（ ）回/年 (2) 発作のタイプ（該当する項目を○印。） 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 (3) 最終発作年月日（年 月 日） ⑤ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 （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）、その他の障害福祉サービス、 自立支援医療と同時申請の場合、記載されていますか。 自立支援医療（精神通院医療）と同時申請の場合、下欄に記載 ⑧ 現在の治療内容 （該当する項目を○で囲み〔 〕に具体的内容を記載して下さい。） 投薬内容（自立支援医療（精神通院医療）の対象となる治療で使用する薬剤名等） 精神療法等 ・通院精神療法 ・てんかん指導 ・精神科作業療法 ・精神科デイケア ・認知行動療法 ・その他（ ） なし 3 訪問看護の指示の有無（有・無） ⑨ 今後の治療方針 （計画的・集中的な治療を継続して行う必要性 有・無） 「主たる精神障害」の「ICDコード」がF40からF99の場合、一定の所得水準を超える方は、「重度かつ継続」に該当（有）する場合に月ごとの自己負担額に上限が設けられます。 ⑩ 医師の略歴 （①病名(1)主たる精神障害のICDコードがF0、F1、F2、F3、G40以外の場合のみ記載してください。） ・精神保健指定医 ・精神医療に3年以上従事 （内科・小児科等におけるてんかん・うつ状態治療等の治療を含む。） ・その他（ ） 主たる精神障害 ICDコードが、F4～F9の場合、記載漏れはありませんか。その他に該当する場合、精神保健指定医や精神医療に3年以上従事している医師との連名で記載されていますか。			
(2) そう状態 1 行為心拍 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) 精神運動興奮および昏迷の状態 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) 情動および行動の障害 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) 不安および不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫性 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他（ ）				
(8) 主たる病名が知的障害（従たる病名なし）で(10)1のみ該当の場合、非該当になります。(1) (4) (6) (7)の病状、状態像に該当するのであれば、○で囲んでください。				
(9) エソその他 現在の精神障害者の質の使用 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（ ）				
受診者が精神科を標榜する医療機関に入院中の場合、自立支援医療は対象外となります。	「1投薬内容」か「2精神療法等」は記載されていますか（どちらかひとつは必須となります）。			
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）				
2 日常生活能力の判定（該当するもの一つを○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（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) 社会的な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○で囲んでください。） (1) 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、日常生活また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。				
⑦ ⑥の具体的程度・状態等	年 月 日	医療機関所在地		
具体的程度・状態等は記載されていますか。	名	電 話 番		
	医 師 氏 名			

注1 用紙の大きさは、日本産業規格A列3番とする。

2 診断書の記載は初診年月日より6箇月以上経過してから行ってください。

3 初診年月日は、前医のある場合はその日を記載してください。

1. (1)から(8)のすべての項目の記載が必要になります。  
2. (1)から(8)の記載漏れがあれば、返戻の対象となります。