

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

ICD-10に準拠した病名とFコード(3桁)を記入してください。〇〇状態、〇〇疑い、略称は不可です。Gコードを使用できるのはてんかん(G40)のみです。
知的障がい単独では手帳の対象外です。適応障がいは6か月以上継続する場合、病名の変更が必要です。

病名とICDコードは一致していますか?

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)

(1) 主たる精神障がい 統合失調症 ICDコード (F20)

(2) 従たる精神障がい 〇〇障害、〇〇病 ICDコード (FOO、FOO)

(3) 身体合併症 〇〇〇〇 身体障害者手帳 (有・無、種別 2 級)

精神症状を有する病名が記載されていませんか?

② 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 4年 7月 12日

診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成・令和 4年 12月 22日

上段は、以前受診した他の医療機関を含めて、精神障がいと初診された年月日を記入してください。**(この日から6か月が経過していないと申請できません。)**
下段は、診断書を作成した医療機関での初診年月日を記入してください。

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、治療内容などを記載する)

(推定発病時期 令和2年 5月頃)

発病時の症状、状況、治療の経過、治療内容(通院・入院歴含む)、家庭生活、就学・就労など社会生活の状況などを記入してください。

*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)

①病名が器質性精神障がいの場合に記入してください。

全て「適切にできる」にチェックがある場合(てんかんを除く)は、手帳は不承認となります。

④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)

(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) 情動及び行動の障がい
1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常

(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 4 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 発作型() 頻度() 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
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・遅発性精神病性障がい(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 3 その他の記憶障がい()
ア 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他
フ 機能障がい 6 注意障がい 7 その他()

①病名がてんかんの場合に記入してください。現在発作が起こっていない場合は、「現在は抑制中」などと記入してください。**最終発作から診断書作成日までに2年以上経過していると手帳の対象外**となりますので、正確に御記入ください。

①病名のICDコードがF10~F19の場合に記入してください。

①病名が知的障がいの場合に記入してください。

障がいの程度(ア、イ、ウ)はICDコードと一致していますか?

①病名が認知症の場合に記入してください。自立支援医療と同時申請の場合は、(1)~(7)の精神症状が必要です。

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

病状・状態像の具体的程度のほか、てんかんは脳波所見、認知症はHDS-Rなどの検査所見、その他病名に応じた検査所見を記入してください。

[検査所見：検査名、検査結果、検査時期]

⑥ 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)

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()

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
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

(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

⑥2(4)「要・不要」のいずれかにチェックしてください。自立支援医療と同時申請の場合において、「不要」にチェックがあるときは**自立支援医療が不承認**となります。「不要」の場合であっても判定に必要ですので4つの状態のうち、いずれかにチェックしてください。

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 精神障がいを認めるが、日常生活及び社会生活は普通に行える。

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。

(1)にチェックがある場合(てんかんを除く)は、手帳は不承認となります。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

⑥の2、3について、どのようなことができず、誰にどのような援助を受けているのか具体的に記入してください。

⑧ 現在の障がい福祉等のサービスの利用状況(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(平成十七年法律第二百二十三号)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)その他の障がい福祉サービス及び精神科訪問看護、デイケア、訪問指導、生活保護の有無等)

精神科訪問看護利用中 デイケア利用中 生活保護受給中 等

⑨ 備考

自立支援医療と同時申請の場合において、複数の医療機関での治療が必要であるときは、医療に重複がないこと、やむを得ない事情があること、連携が取られていることを記入してください。

上記のとおり、診断します。

診断書の有効期間は3か月以内です。

令和 5年 1月 20日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名(自署又は記名押印)

②初診年月日の上段の年月日から6か月経過していますか?

診療担当科も忘れずに記入してください。医師氏名は、自署又は記名押印が必要です。

障害者保健福祉手帳					自立支援医療(精神通院)			
1	2	3	不承認	保留	承認	不承認	保留	