

別記様式第 15 号（規格 A 4）（第 9 条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳、精神通院医療、同時申請）

氏名	年 月 日生（ 歳）								
住所									
① 病名：病名と対応する ICDコードを、F00～F99、G40のように3桁で記載。 F 又は G 数字									
(1) 主たる精神障害	_____	ICDコード	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
(2) 従たる精神障害	_____	ICDコード	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
(3) 身体合併症	_____								
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	年 月 日							
	診断書作成医療機関の初診年月日	年 月 日							
③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容 ※手帳の申請には初診年月日から6か月以上経過していることが必要	(推定発病時期 年 月頃)								
④ 現在の病状及び状態像等（該当する項目を○で囲むこと。）									
(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（イ・ロ・ハ・ニ） 頻度（ ） 最終発作（ 年 月 日）									
てんかん発作の型 イ：意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作									
ハ：意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作									
2. 意識障害 3. その他（ ）									
(9) 精神作用物質の乱用、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（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 ）									
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動的な関心と活動 4. その他（ ）									
(12) その他（ ）									
⑤ ④の病状及び状態像等の具体的程度、症状、検査所見等									

⑥ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (グループホーム、ケアホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)
⑦ 備考

精神障害者保健福祉手帳用記載欄

※精神通院医療の申請のみの場合は、記載不要

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。 <u>児童にあつては、年齢相応の能力と比較の上で判断する。</u>)	
<p>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</p> <p>② 日常生活能力の判定(該当するもの一つを○で囲むこと。)</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3) 金銭管理と買い物 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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p>	<p>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○で囲むこと。)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
上記の具体的程度、状態等 ※必ず記載すること。	

精神通院医療用記載欄

※精神障害者保健福祉手帳の申請のみの場合は、記載不要

<p>① 投薬内容(薬剤名及び用法用量)</p> <p>② 精神療法等(該当する番号を○で囲むこと。)</p> <p>1. 通院精神療法 2. 精神分析療法 3. 精神科作業療法 4. 精神科デイケア 5. 認知行動療法 6. てんかん指導料 7. その他() 8. 訪問看護の指示</p>	<p>③ 今後の治療方針</p>
<p>※主たる精神障害のICDコードがF40～F99の場合は、下記も記載すること。</p> <p>④ 「重度かつ継続」の有無 (有 ・ 無)</p> <p>⑤ 医師の略歴(精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することが必要) <input type="checkbox"/>精神保健指定医(第 号) <input type="checkbox"/>精神医療に従事した経験(年以上)</p>	

<p>上記のとおり、診断します。</p> <p>病院又は診療所の名称 医療機関所在地 電話番号 診療担当科名 医師氏名</p>	<p>年 月 日</p>
---------------------------------------------------------------------------------	--------------

※ 審査会 使用欄	1級	2級	3級	非該当