診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

①京都府提出用　②市町村控　③医療機関控

フリガナ		
氏　名		明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日生（　歳）
住　所	京都府	

①　病　　名（ＩＣＤコードは、右の病名と対応するF00～Ｆ９９、Ｇ４０のいずれかを記載してください。）

（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）

②　初診年月日

主たる精神障害の初診年月日　昭和・平成・令和　年　月　日

診断書作成医療機関の初診年月日　昭和・平成・令和　年　月　日

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、治療内容等を記載してください。）

（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年月

（疾患名　・　年　月頃）

④　現在の病状、状態像等

（おおむね過去２年間に認められたもの及び今後２年間に予想されるものを含め、該当する項目を○で囲んでください。）

(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（　）	2 てんかん以外のけいれん	
	3 意識障害	4 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・遅発性精神病性障害	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	ア 軽度　イ 中等度	ウ 重度	
	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	（　）			

⑤「④現在の病状、状態像等」の具体的程度、症状、検査所見等

（検査所見：検査名、検査結果、検査時期　）

※　てんかん発作の場合は、該当するものすべてを○で囲み、頻度、最終発作を記載してください。

イ、意識障害はないが、随意運動が失われる発作　頻度（　）最終発作（　年　月　日）

ロ、意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作　頻度（　）最終発作（　年　月　日）

ハ、意識障害の有無を問わず、転倒する発作　頻度（　）最終発作（　年　月　日）

ニ、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作　頻度（　）最終発作（　年　月　日）

⑥　生活能力の状態

（保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。）

1　現在の生活環境（該当するもの一つを○で囲んでください。）

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	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
（双方とも不要の場合「不要」に○印）・不要				
（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、いずれか一つを○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。

⑦「⑥生活能力の状態」の具体的程度、状態等

⑧　現在の障害福祉等のサービスの利用状況　（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）、就労移行支援、就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等について記載してください。）

自立支援医療（精神通院）の申請を同時にされる場合は、⑨から⑪もご記載ください。

⑨　現在の治療内容

（1）投薬内容（自立支援医療（精神通院）の対象となる薬剤名を記載ください。投薬がない場合は投薬なしと記載してください。）

［　］

（2）精神療法等（通院精神療法、認知行動療法、集団精神療法、精神科作業療法、てんかん指導等を記載してください。）

［　］

（3）精神科デイ・ケア（ショート・ケアを含む）指示　有・無

（4）精神科訪問看護指示　有・無

⑩　今後の治療方針及び治療目標

⑪「重度かつ継続」に関する意見（ＩＣＤコードF00～F39、G40以外の場合、該当するものを○で囲んでください。）

重度かつ継続　該当する・該当しない

医師の経歴　精神保健指定医・3年以上精神医療従事経験あり

⑫　備　考

上記のとおり、診断します。

年　月　日（「②初診年月日」欄の「主たる精神障害の初診年月日」から6箇月以上経過した日付のものに限ります。）

医療機関の名称　　診療担当科名

所在地・電話番号　　医師氏名

［注］用紙の大きさは、日本産業規格Ａ３とすること。