様式第５号（第15条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 　 | 年　　月　　日生（満　　歳） | 男・女 |
| 住　所 | 　島根県 |
| ①　病名（(1)主たる精神障害には状態像ではなく病名を記載し、ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載すること。） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(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　　　　　　　　年　　月　　日　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　□診療録で確認　　□本人又は家族の申立て　初診以後現在までの入院歴　　約　　回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及び治療の経過、内容、就学・就労状況等、障害福祉サービス等の利用状況、期間、その他参考となる事項　 | （推定発病時期　　　年　　　月頃） |
| 最近２年間の治療歴　医療機関名　　 　治療期間　 　 通院・入院　　転帰（軽快・悪化・不変等）　　　　　　　 　年　月～　年　月　通・入( 　回)　軽・悪・不・他(　　　)　　　　　　　 　年　月～　年　月　通・入( 　回)　軽・悪・不・他(　　　)\*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日(疾患名　　　　　　　　　　　　　　　　　　、　　　年　　　月　　　日) |
| ④　現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲むこと。（10)、(11)の「軽」は軽度、「中」は中等度、「高」は高度）　（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)　そう状態　　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　けいれん　2　意識障害　3　その他(　　　)　　上記1～3がある場合は、発作の類型をア～エから選択し、その頻度・最終発作を記入すること。 発作型　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　　頻 度　約(　　　)回／(　　　)月　　最終発作（　　年　　月　　日）　（9)　精神作用物質の乱用及び依存等　　1　アルコール　2　覚せい剤　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　　日から）　（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　(軽・中・高)　　　3　その他の記憶障害（　　　　　　　）(軽・中・高)　　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(軽・中・高)　6　注意障害(軽・中・高)　7　社会的行動障害(軽・中・高)　　8 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(軽・中・高)　　2　ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝのパターンにおける質的障害(軽・中・高)　　3　限定した常同的で反復的な関心と活動(軽・中・高)　　4　その他（　　　　　）　（12)　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑤　④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 |
| 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（　　　　）　2　日常生活能力の判定(該当する欄に○を記入すること。) |
| 　 | 　 | 自発的(適切)にできる | 自発的に(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 |  |
| （1)　適切な食事摂取 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （2)　身辺の清潔保持、規則正しい生活 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （3)　金銭管理と買物 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （4)　通院と服薬（要・不要） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （5)　他人との意思伝達・対人関係 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （6)　身辺の安全保持・危機対応 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （7)　社会的手続や公共施設の利用 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （8)　趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　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○で囲む。)　（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（該当する□に印を付けること。）　□ 特になし　□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）　□ 居宅介護（ホームヘルプ）　□ その他の障害福祉サービス等　□ 訪問看護・指導（□ 自医療機関　□ 他医療機関 ） □ 精神科デイケア（□ 自医療機関　□ 他医療機関 ）　□ 生活保護の受給　□ その他(　　　　　　　　　) |
| 　上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名 　　　　　　　　　　　　　　 　 医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ⑨　備考 |

※自立支援医療費（精神通院医療）と同時申請の場合は、下記についても記載してください。

「重度かつ継続」に関する意見書

|  |
| --- |
| ①の主たる精神障害　（該当する□に印を付けること）　□ Ｆ０　　□ Ｆ１　　□ Ｆ２　　□ Ｆ３　　□ Ｇ40　　□ その他（Ｆ　　　）　　　 |
| 上記が「その他」である場合で、計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要する場合のみ、下記についても記載すること。（該当区分の□に印を付け、その他の医師にチェックをされた医師は３年以上の精神医療従事歴がわかるように記載をすること。）医師の区分　□ 精神保健指定医　　□ 精神科医（精神医療の臨床経験３年以上）　　　　　　□ その他の医師　　　　精神医療従事歴：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　備考　　心療内科従事歴　　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小児神経科従事歴　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　脳神経外科従事歴　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　脳神経内科従事歴　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他(　　　　　　　　　　) |