

## 様式第 23 号（第 19 条関係）

## 診 断 書（精神障害者保健福祉手帳）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日（ 歳） |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| ① 病名<br>（ICDコードは、右の病名と対応する<br>F00～F99、G40 のいずれかを記載）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (1) 主たる精神障害 _____ ICD コード ( )<br>(2) 従たる精神障害 _____ ICD コード ( )<br>(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<br>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<br>（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。）<br>* 器質性精神障害（認知症を除く）の場合、<br>発症の原因となった疾患名とその発症日）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | （推定発病時期 _____ 年 _____ 月頃）<br><br>（疾患名 _____ 発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| ④ 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           | ⑤ ④の症状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 1 抑うつ状態<br>(1) 思考・運動抑制 (2) 易刺激性、興奮 (3) 憂うつ気分 (4) その他 ( )<br>2 躁状態<br>(1) 行為心迫 (2) 多弁 (3) 感情高揚・易刺激性 (4) その他 ( )<br>3 幻覚妄想状態<br>(1) 幻覚 (2) 妄想 (3) その他 ( )<br>4 精神運動興奮及び昏迷の状態<br>(1) 興奮 (2) 昏迷 (3) 拒絶 (4) その他 ( )<br>5 統合失調症等残遺状態<br>(1) 自閉 (2) 感情平板化 (3) 意欲の減退 (4) その他 ( )<br>6 情動及び行動の障害<br>(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<br>(6) その他 ( )<br>7 不安及び不穏<br>(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<br>(4) 解離・転換症状 (5) その他 ( )<br>8 てんかん発作等（けいれん及び意識障害）<br>(1) てんかん発作 *発作のタイプと頻度を右側に記載してください。 →<br>(2) 意識障害 (3) その他 ( )<br>9 精神作用物質の乱用及び依存等<br>(1) アルコール (2) 覚醒剤 (3) 有機溶剤 (4) その他 ( )<br>ア 乱用 イ 依存<br>ウ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を当該項目に再掲すること）<br>エ その他 ( )<br>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）<br>10 知能・記憶・学習・注意の障害<br>(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）<br>(2) 認知症 (3) その他の記憶障害 ( )<br>(4) 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 ( )<br>(5) 遂行機能障害 (6) 注意障害 (7) その他 ( )<br>11 広汎性発達障害関連症状<br>(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<br>(3) 限定した常同的で反復的な関心と活動 (4) その他 ( )<br>12 その他 ( ) |                                                                                                           | ア 最終発作 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)<br><br>イ 発作のタイプと頻度<br>該当する発作のタイプに○を、発作の頻度について<br>□にチェックし、回数を記入してください。<br><br>(イ) 意識障害はないが、随意運動が失われる発作<br>□年 □月 □週 ( ) 回<br>(ロ) 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作<br>□年 □月 □週 ( ) 回<br>(ハ) 意識障害の有無を問わず、転倒する発作<br>□年 □月 □週 ( ) 回<br>(ニ) 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作<br>□年 □月 □週 ( ) 回 |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----|---|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| ⑥生活能力の状況（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。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| <p>1 現在の生活環境</p> <p>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（該当するものを○で囲む）</p> <p>(1) 適切な食事摂取</p> <p>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</p> <p>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) 金銭管理と買物</p> <p>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 ）</p> <p>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) 他人との意志伝達・対人関係</p> <p>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) 身近の安全保持・危機対応</p> <p>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) 社会的手続や公共施設の利用</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>（該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む）</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> |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| 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（該当する項目を○で囲む）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| (1) 自立訓練（生活訓練）    (2) 共同生活援助（グループホーム）    (3) 居宅介護（ホームヘルプ）<br>(4) 訪問指導    (5) 生活保護    (6) その他（ _____ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| ⑨ 「重度かつ継続」に関する意見※自立支援医療費（精神通院）を同時に申請する場合で ICD コードが F4～F9 の場合のみ記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| ◆計画的・集中的な治療を継続して行う必要性                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ア 精神保健指定医<br>イ その他の医師                                                                                                                                                                                                                                                        | * | 年 | 月から | 年 | 月まで（医療機関名）        | にて                                                                                                                                                                                                                                                                                              | に従事 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   | 年 | 月から | 年 | 月まで（医療機関名）        | にて                                                                                                                                                                                                                                                                                              | に従事 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   | 年 | 月から | 年 | 月まで（医療機関名）        | にて                                                                                                                                                                                                                                                                                              | に従事 |  |
| 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| ⑩ 備考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| *下記の太枠内は記入しないでください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| 上記のとおり診断します。 _____ 年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   | 判定年月日             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| 医療機関所在地 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   | 判定者               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |  |
| 名                      称                      _____                      電話番号 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   | 判定<br>会<br>結<br>果 | <div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 5px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">該当</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">非該当</span> </div>                                                                       |     |  |
| 診療担当科名 _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 5px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">1 級</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">2 級</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">3 級</span> </div> |     |  |
| 医師氏名（自署または記名捺印） _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 5px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">「重度かつ継続」<br/>該当・非該当</span> </div>                                                                                                                           |     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |     |   |                   | <div style="display: flex; justify-content: space-around; padding: 5px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">保留</span> </div>                                                                                                                                            |     |  |