診　断　書（精神障害者保健福祉手帳用）

※ **診断書は、初診日から6箇月経過後のもので、継続治療（6箇月以上）を行っているものが必要となります。**

氏　名		大正・昭和・平成・令和　年　月　日生（　歳）
住　所		

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）

主たる精神障害　ICDコードF・G（　　）

従たる精神障害　ICDコードF・G（　　）

② 初診年月日（①のため初めて医師の診察を受けた日）

主たる精神障害の初診年月日　昭・平・令　年　月　日（診療録で確認・本人又は家族等の申立て）

診断書作成医療機関の初診年月日　昭・平・令　年　月　日

③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、その他生活歴等参考となる事項

（推定発病年月　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日

（疾患名：　、　発症日：昭・平・令　年　月　日）

「重度かつ継続」に関する意見

※「①病名」欄の「主たる精神障害のICDコードが、『F00～F39、G40』以外の場合に記入してください。

情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態にあり、計画的集中的な通院医療を継続的に要すると

ア 判定される　イ 判定されない

←「重度かつ継続」に該当する場合は、こちらに○印をつけ、いずれかの□にレ印をしてください。

□ 精神保健指定医　□ 3年以上精神医療従事の経験あり

④ 治療歴　**（書ききれない場合は⑪備考欄に記入してください。）**

医療機関名	治療期間	入院・外来	医療機関名	治療期間	入院・外来
	. ～ .	入・外		. ～ .	入・外
	. ～ .	入・外		. ～ .	入・外
	. ～ .	入・外		. ～ .	入・外
	. ～ .	入・外		. ～ .	入・外

⑤ 現在の病状、状態像等（概ね過去2年間の状態、あるいは、概ね今後2年間に予想される状態も考慮し、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（発作型等は⑥に記載）　2 意識障害　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 、 等級等　）　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復的な関心と活動　4 その他（　）

(12)その他　（　）

⑥ ⑤の病状、状態像等の具体的程度、症状、臨床検査結果等

てんかんの場合は、該当するものを○で囲んでください。

また、複数の発作型がある場合、各発作型の頻度及び最終発作年月日を記入してください。

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）

⑦ 生活能力の状態（保護的環境でなく、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

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　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・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)他者との意思伝達・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)社会的手続きや公共施設の利用　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、どれか一つを○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、身のまわりのことはほとんどできない。

⑧ ⑦の具体的程度、状態等

⑨ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況・経過、その他参考事項（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）、グループホーム、ホームヘルプ、その他の障害福祉サービス等、訪問指導、作業療法、生活保護の有無等）

◆精神科訪問看護指示の有無（ 有 ・ 無 ）　**◆精神科デイ・ケア指示の有無（ 有 ・ 無 ）**

⑩ 身体合併症

身体障害者手帳　有 ・ 無　種別　級

⑪ 備　考（自立支援医療費（精神通院）支給認定を同時申請する場合は、**今後の治療方針を記入してください。**）

上記のとおり、診断します。　年　月　日

医療機関所在地　診療担当科名

医療機関名称

電　話　番　号　医師氏名

（①京都市提出用　②保健センター提出用　③医療機関控）