

手帳用診断書作成時の主な注意点

精神障害者保健福祉手帳用診断書

氏名	茨城 太郎		明治・大正・昭和・平成 11年 11月 11日生 (16歳)
住所	茨城県水戸市笠原町993-2		
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	(1) 主たる精神障害 ( てんかん ) ICDコード ( G40 ) (2) 従たる精神障害 ( 知的障害 ) ICDコード ( F72 ) (3) 身体合		「適応障害」の場合は状態像(6ヶ月以内)にあたるので、ICDコードに沿った病名で記入願います。
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 14年 8月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 昭和・平成 27年 10月 10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、治療内容などを記載する)	(推定発病時期) 平成14年 4月頃 2歳時に発症。現在も震えや発作が年に2~3回みられる。 本年より当院に転院。最終発作日は平成27年12月2日。 *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)		初診時と別の医療機関であっても通算可能です。
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)	(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 (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 (5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の (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 (けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 発作型(複雑部分発作)、頻度(年2~3回) 最終発作( 年 月 日) 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 覚せい剤 3 有機溶剤 4 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囲むこと) 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 ( )		
⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 感情の起伏が激しく、兄弟を自分の付属品と誤認し罵倒する場面が定期的にみられる。 (検査所見:検査名、検査結果、検査時期)	・知的障害の場合、ア~ウ(程度)まで必ずご記入願います。 ・①病名欄と一致するようご記入ください。		
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( ) 活能力の程度 「ア」もしくは「イ」まで忘れずに○印をお願いします。 (番号を選んで、どれか一つを○で囲む。) 2 日常生活能力の判定(該当するもの一つを○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。 (4) 通院と服薬 (要・不要) 「要・不要」及び生活能力のレベル(4段階)ともに○印をお願いします。 「(不要)の場合は能力判定は必要ありません。 (自立支援医療と同時申請の場合は必須です)。 (6) 身近の安全保持・危機対応 ⑧現在の障害福祉等のサービスの利用状況(障害者自立支援法に規定する自律訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケア (7) 社会的手続や公共施設の利用 上記①(病名)のICDコードがF0~F3およびG40以外の場合は、 「該当・非該当」いずれかに○印を記載願います。 (8) 趣味・娯楽への関心、文化的・社会的活動への参加		
⑨ 自立支援医療(精神通院)を同時に申請する場合の「重度かつ継続」の判定(ICDコードがF0~F3又はG40以外の場合、上記の該当するものに○等を記載)	( ) 該当 ・ 精神保健指定医 精神保健指定医の証 第 号 ・ 精神科医(3年以上精神科医療に従事) ・ その他の医師(精神医療(てんかん治療含む)従事歴: ( ) 非該当 ※手帳のみ申請する場合には、この⑨の欄は、記載する。 ②の初診日から6ヶ月以上経過していることを必ずご確認ください。		
上記のとおり、診断します。平成 28年 1月 15日	医療機関の名称 医療法人●●会 ○○精神科病院 診療担当科名 精神科 医療機関所在地 水戸市三の丸*** 電話番号 029-301-**** 医師氏名(自署又は記名捺印) こころ 一平		