

診断書左側

氏名・住所・生年月日・年齢は正しく記載してください。
 なお、年齢は診断日現在の満年齢を記載し、住所は申請書と同じ住所としてください。(診断書に記載されている氏名・住所が申請書と異なる場合があるため、作成時に申請者等に確認してください。)

病名には英数字を使用しないでください。

第4号様式(第3条関係)

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

申請区分(※記載しないでください。)

新規・更新・等変・()級

(フリガナ)	()	天・昭	※年齢も記載。	
氏名		平・令	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のいずれかをご記載ください。)	(1) 主たる精神障害	ICDコード	F・G	
	(2) 従たる精神障害	ICDコード	F・G	
	(3) 身体合併症	身体障害者手帳(有・無、等級)		級
2 初診年月日(前医がある場合、前医が初めて診断した日が主たる精神障害の初診年月日となります。)				
(1) 主たる精神障害の初診年月日 昭・平・令 年 月 日 (1診療録で確認・2本人又は家族等の申立て)				
(2) 診断書作成医療機関の初診年月日 昭・平・令 年 月 日				
※本制度は、主たる精神障害の初診年月日から6ヶ月経過した時点で申請可能となる制度です。				
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、治療内容等をご記載ください。)		(推定発病時期 年 月頃) ※入院歴及び通院歴を含め、具体的に記載(フォントサイズは10ポイント)。		
		※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。)*※おおむね過去2年間、今後2年間予想される状態について。				
(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(けいれんおよび意識障害)(発作型は以下を参照して該当するものを○で囲んでください。) 1 てんかん発作 発作型(イ・ロ・ハ・ニ) 頻度(回/月・年) 最終発作(年 月 日) てんかん発作の型 イ:意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ:意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ:意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ:意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 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: 年 月以後不使用)				
(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 限定的した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()				
(12) その他()				

※「ICD-10 精神及び行動の障害」に基づき、Fを含む4桁までコード名を記載してください。「F00~F99、G40、G41」の中で記載してください。

どちらかに必ず○をしてください。

※精神障害を主訴として初めて医療機関を受診した日を記載してください。以前に受診された場合はその受診日を記載してください。初診日から6ヶ月経過していないと対象外です。

- 他の医療機関での経過がある場合は、その医療機関名も記載してください。
- 主たる精神障害が、いつ診断されたのかについても明記してください。
- 長期間の薬物治療下における状態で行うことが原則となっておりますので、現在までの治療の経過についても記載してください。
- 年号の記載は、和暦で統一してください。
- 経過の長いケースであっても、直近の治療内容や経過が分かるように記載をしてください。
- フォントサイズは規定(10ポイント)に沿って内容を精査して記入してください。

「てんかん」は、発作の型、頻度、最終発作を記載ください。最終発作から2年以上経過している場合は対象外です。

「依存症」は、依存対象や使用状況を記載してください。精神作用物質の使用が認められる場合、対象外となります。

「知的障害」は、アイウのいずれかに○をしてください。療育手帳をお持ちの場合は、等級も記載してください。

対象者は精神保健福祉法第5条(知的障害者を除く)に規定される精神障害者です。
 注)「知的障害」についてはICDコード F7x.1「介助あるいは治療を要するほど顕著な行動障害」F7x.8「他の行動障害」のみ対象となります。この場合、知的障害に基づく顕著な行動障害について、「3」及び「5」欄に記載してください。
 注)てんかんの場合は、発作が2年以上ない場合は対象外です。
 注)主たる精神障害が「アルコール依存症」「適応障害」の場合は本制度対象外です。
 ICD-10における「適応障害」の状態は通常6ヶ月を超えないため、6ヶ月以上継続する場合には、他の診断名に変更することが推奨されています。そのため、適応障害を主たる精神障害とした診断書は本制度の対象外となります。
 注)「〇〇の疑い」や状態像での診断では対象外です。

和暦の年月で記載してください。

診断書右側

「①病名」の主たる精神障害に記載した診断名の根拠を明らかにしてください。発達障害の場合は診断の根拠となる発達歴も記載してください。てんかんの場合は、発作のタイプ（意識障害の有無、転倒、随意運動を失う、状況にそぐわない行為を示す等）、発作の頻度（年又は、月に何回程度か）を記載してください。身体疾患を伴う場合は、発病の経過、精神疾患と身体的な状況との関連を詳しく記載してください
主たる精神障害を F7x.1 「介助あるいは治療を要するほど顕著な行動障害」 F7x.8 「他の行動障害」とした場合、知的障害に基づく顕著な行動障害について記載してください。

【県提出用】

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、検査時期を記載。病状等で検査施行が不可能な場合はその記載。）

6 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する。児童では、年齢相応の能力と比較の上で判断する。）※おおむね過去2年間、今後2年間の状態について記載。

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（該当するものを○で囲む。）
※病状・状態像等との整合性を考慮し記載。
ア 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
イ 身の清潔保持、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
ウ 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
エ 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
オ 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
カ 身の安全保持・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
キ 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
ク 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○で囲む。）
※病状・状態像等及び日常生活能力の判定との整合性を考慮し記載。
ア 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。
イ 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。
ウ 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。
エ 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。
オ 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、状態像（※精神障害に伴う生活障害（対人関係や就業状況等）について具体的に記載。）

8 現在の障害福祉等サービスの利用状況（該当する項目を○で囲む。）
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（平成17年法律第123号）に規定する
(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）
(4) その他の障害福祉サービス（ ）(5) 訪問指導 (6) 生活保護 (7) その他（ ）(8) なし

9 備考

【診断書作成年月日】 年 月 日 ※初診日から6ヶ月が経過した日以後

【医療機関所在地】

【医療機関名称】

【電話番号】

【診療担当科名】

【医師氏名】 ※印刷の場合必ず捺印してください。 精神保健指定医の証の番号

（自筆又は記名捺印） 印 精神医療従事年数 年

※山梨県記載欄（記載しないでください。）
※自立支援医療との同時申請者において精神障害者保健福祉手帳が不承認となった場合のみ記載
自立支援医療審査結果：（ ・承認 ・不承認 ）

【審査結果】

1級	2級	3級	不承認	再審査
----	----	----	-----	-----

入院・入所先の病院・施設名を記載してください。

単身生活は、全て単独自力でやると想定せず、ヘルパーや訪問看護等の援助を入れた状況も想定してください。
児童の場合は、通常両親等の援助がありますので、それらの援助を受けられるのか、できないのか、で判断ください。

要・不要のどちらかに○をしてください。

※「(1)病名」、「(3)発病から現在までの病歴」「(5)4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」で記載されている状態と整合性がある項目に○をしてください。また、作成時の状況だけでなく、概ね過去2年間、概ね今後2年間に予想される状態も考慮して記載してください。

自立支援医療と同時申請の場合で、貴院以外の病院も併用している場合等はその理由を記載してください。また、訪問看護を利用している方についてはその旨を記載してください。
(例：○○訪問看護ステーション利用中 等)

精神障害（身体の状態ではない）に伴う生活障害は対人関係や就業状況等の社会生活に関する具体的な記述をご記載ください。また「6生活能力の状態」で記載した内容と整合性を考慮して記載してください。

該当項目に必ず○をしてください。治療行為として行われる医療機関デイケア等は含まれません。

※精神疾患の診療・治療に従事する医師が作成してください。また、署名が印刷の場合は、必ず捺印してください。

「※印」の説明書きのとおり、指定医番号もしくは従事年数の記載が必要となる場合がありますので、F4～F9の場合、原則ご記入ください。

※自立の同時申請をしないことが明らかな場合は不要。

診断書が「再審査」「再提出」「指摘」「不承認」となる内容のほとんどは、、、

- ① 記入漏れ（空欄・丸付け忘れ・印字ミス など）
- ② 制度適用外（手帳制度外の診断名・てんかんの発作が直近2年間無い・初診日から6ヶ月未満 など）
- ③ 情報不足（審査員が判断するために必要な情報が足りない・直近の治療経過が分からない など）

のいずれかです。①、②については、医療機関で十分ご確認のうえ作成をお願いします。①、②の不備が多く改善されない状況が続いている状況から、今後は書類に不備がある場合、積極的に「再提出」を求めていく方針ですので、ご留意ください。

相互に適正な事務処理を行い、申請者様が円滑に制度を利用出来るよう、ご協力をお願いいたします。