

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

ふりがな	よこはま たろう	明治・大正・昭和・平成 令和
氏名	横浜 太郎	○年○月○日生 (○歳)
住所	横浜市 中区 本町 △△番地	
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記入してください)	(1)主たる精神障害	アルコール性 遅発性精神病性障害 ICDコード (F10.7)
	(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 (有の場合→ 等級 級)
② 初診年月日	(1) 主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和 ○年○月○日
	(2) 診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和 ○年○月○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、治療内容などを記入してください)	(1) 推定発病時期	昭和・平成・令和 ○年○月頃
	(2) 病歴、治療の経過等 ※省略はできませんので必ず記入してください。	平成○○年頃 初飲。徐々に酒量増加し、仕事を休むようになる。平成○○年頃から 飲酒をしてトラブルを起こすことが多くなる。平成○○年○月 家族に付き添われ○○診療所受診。平成○○年○月 引越しに伴い、当院紹介受診。以後、通院継続中。 ※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: 昭和・平成・令和 年 月 日)
④ 現在の病状、状態像等 (該当項目を○で囲んでください) ※おおむね過去2年間に認められたもの、今後2年間に予想されるものを含む。	(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()	⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 (検査名、検査結果、検査時期等) 現在も断酒継続中であるが、憂うつ気分、不安感は続いており、投薬を含めた治療を継続していく必要がある。ここ数年は、膝を痛めるなど身体的な問題もあり、以前よりも不安が強くなっている。
	(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()	
⑥ 現在の病状、状態像等 (該当項目を○で囲んでください) ※現在の精神作用物質の使用 有 (無) (不使用の場合、その期間 H○○年○月○日から)	(3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他()	【てんかん発作については下記にも記入して下さい】 イ、意識障害はないが、随意運動が失われる発作 月に () 回 又は 年に () 回 ロ、意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 月に () 回 又は 年に () 回 ハ、意識障害の有無を問わず、転倒する発作 月に () 回 又は 年に () 回 ニ、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 月に () 回 又は 年に () 回 ホ、現在発作はない(発作がコントロール出来ている場合) 最終発作 (年 月 日)
	(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()	

記載例

※2部作成いただき、医療機関控は医療機関にて保管してください。		横浜市提出用	医療機関控		
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:)・(住居) (ア 単身 イ 家族等)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) 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【身の安全確保・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【社会的な手帳や公共施設の利用】 ・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	⑦ ⑥の具体的程度、状態像等 家庭内での日常生活においては、問題なくできている。外出先などでは本人に対して指示を出すことや、付き添いをする事で行動することができる。	⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (利用がある場合は、該当項目を○で囲んでください) ・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) ・地域活動支援センター ・訪問指導 ・生活保護 ・その他の障害福祉サービス等 ()			
		※自立支援医療の申請に利用する場合は、⑨～⑪の記入が必要です。		自立支援医療と併せて申請する場合は、⑨～⑪の記入も必要です。	
		⑨ 現在の治療内容 (1)投薬内容(薬剤名等) ※投薬がない場合は投薬なしと記入してください。 投薬なし	(2)精神療法等 (該当項目を○で囲んでください) ・通院精神療法 ・精神分析療法 ・精神科作業療法 ・精神科デイケア ・認知行動療法 ・てんかん指導科 ・該当なし ・その他()	(3)訪問看護指示 <input type="checkbox"/> あり (利用がある場合は「✓」を記入してください)	
		⑩ 今後の治療方針 (治療目標をふまえて、継続的に行っていく治療法を記入してください) 精神療法を中心に通院を継続しながら、うつ状態、不安感の症状の改善と再燃防止をはかり、デイケアに継続して参加していきけるようサポートしていく。			
		⑪ 自立支援医療における「重度かつ継続」 ※①病名(1)主たる精神障害のICDコードがF0～F3、G40の場合は、その病名により「重度かつ継続」の対象となります。 (1) ①病名(1)主たる精神障害のICDコードがF4～F9であって、④-(6)情動及び行動の障害または④-(7)不安及び不穏状態に該当し、計画的・集中的継続的治療を要する場合に、該当事項に「✓」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 症状等が持続している <input type="checkbox"/> 症状等が消長を繰り返している <input type="checkbox"/> 症状等の持続または消長の繰り返しはしていない (2) (1)は、3年以上の精神医療の経験を有する医師の診断となるため、該当する項目に「✓」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 精神保健指定医(精神保健指定医番号 第 号) <input type="checkbox"/> 精神医療に従事した経験 3年以上			
		⑫ 備考 令和○年○月○日 (※診断日は、「②初診年月日」から6か月以上経過していることが必要です)			
		医療機関の名称 横浜市役所病院		診療担当科名 精神科	
		所在地・電話番号 横浜市中区本町6丁目50番地の10		医師氏名 役所 花子	