

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

ふりがな 氏名	よこはま たろう 横浜 太郎	明治・大正・昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 (○ 歳)
住 所	横浜市 ① 主たる精神障害が一つだけ記載されていますか。 (二つ以上は不可)	
① 病 名	(1) 主たる精神障害 ノルコール性 連発性精神病性障害 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	(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 ※質問はできませんので必ず記入してください。 平成○○年頃 初発。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」に伴い 当院紹介受診 以後 通院継続中 (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) ③ 発病時期・受診歴が記載されていますか。(「受診歴なし」等は不可) 主たる精神障害についての受診歴であれば、精神科以外の受診歴を含めてください 自立支援医療の申請をする場合、入院中等の記載はありませんか。 また、入院中の場合、退院予定は記載されていますか。 日)	
④ 現在の病状、状態	<p>※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。</p> <p>(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 夢うつ気分 4 その他()</p> <p>(2) 眠状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 抵抗 4 その他()</p> <p>(5) 緊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</p> <p>(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 チック・汚言 5 その他()</p> <p>(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()</p> <p>(8) てんかん発作等 1 てんかん発作 (該当する場合は、⑤欄に発作のタイプ、頻度等について記入) 2 意識障害 3 その他()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 ルコ 2 対覚剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 亂用 イ 依存 ウ 運動性・運動性精神病性障害 (状態像を該当項目に再掲すること) エ その他()</p> <p>※現在の精神作用物質の使用 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (不使用の場合、その期間 H○○ 年 ○ 月から)</p> <p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 (療育手帳 有の場合→ 等級等) 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 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 運行機能障害 6 注意障害 7 その他()</p> <p>(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 限定した常識的反復的な関心と活動 4 その他()</p> <p>(12) その他 ()</p>	
<p>具体的程度、症状、検査所見等 (検査名、検査結果、検査時期等)</p> <p>④ 主たる精神障害の症状について、具体的な項目(1, 2, 3, ア, イ, ウ等)に一つ以上〇が付いていますか。</p> <p>精神作用物質の場合 ※現在の精神作用物質の使用にも記載がありますか。</p> <p>⑤ 左記の症状について、具体的な程度等の記載がありますか。</p> <p>てんかんの場合、下記にも記載がありますか。 【てんかん発作については下記にも記入して下さい】</p> <p>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)</p> <p>最終発作 (年 月 日)</p>		

※2部作成いただき、医療機関控え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
<p>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</p> <p>(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 ()</p> <p>(2) 日常生活能力の判定 (該当するもの一つを〇で囲んでください)</p> <p>ア【適切な食事摂取】 ・自発的に食べる ・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>イ【身辺の清潔保持、規則正しい生活】 ・自発的に食べる ・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>ウ【金銭管理と貯蓄】 ・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>エ【通院と服薬】 → (要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>) ・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>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</p> <p>カ【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</p> <p>キ【社会的手段や公共施設の利用】 ・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</p> <p>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</p> <p>⑦ ⑥の具体的程度、状態像等 家庭内の日常生活においては、問題なくできています。外出先などでは本人に対して指示を出すことや、付き添いをすることで行動することができる。</p> <p>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、該当項目を〇で囲んでください)</p> <p>・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 ()</p> <p>⑨ 現在の治療内容</p> <p>(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。</p> <p>(2) 精神療法等 (該当)</p> <p>(9)(1) 薬具体的な名称が記載されていますか。 〔抗不安薬等は不可〕 投薬なし なしの場合「投薬なし」と記載されていますか。 (未記入は不可)</p> <p>(2) 精神療法等 (該当)</p> <p>・通院精神療法 ・精神分析療法 ・精神科作業療法 ・精神科デリケア ・認知行動療法 ・てんかん指導料 ・該当なし ・その他 ()</p> <p>⑩ 今後の治療方針 (治療目標をふまえて、継続的に実行していく治療法を記入してください)</p> <p>精神療法を中心とした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くようサポートしていく。</p> <p>⑪ 自立支援医療における「重度かつ継続」 ※①病名の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。</p> <p>(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・集中的な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。</p> <p>(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。</p> <p>⑫ 備考</p> <p>診断書作成日は正しく記載されていますか。 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必要があります)</p> <p>病院名・所在地等の記載がありますか。 医療機関の名称 横浜市役所病院</p> <p>診療担当科名 精神科 医師氏名 役所 花子</p> <p>診療担当科・医師氏名 が記載されていますか。</p>	