

《精神障害者保健福祉手帳用診断書の記入方法等について》

(1) 「氏名、生年月日、年齢、性別、住所」欄

氏名	年 月 日生()歳 男・女
住所	

申請者本人の特定に関わる重要な事項なので、記入漏れ、誤りのないようにしてください。
 なお、年齢は診断書作成日現在の満年齢を記入してください。

(2) 「① 病名」欄

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)	(1)主たる精神障害 _____ ICDコード()	
	(2)従たる精神障害 _____ ICDコード()	療育手帳 (有・無、等級等)
	(3)身体合併症 _____	身体障害者手帳 (有・無、種別 級)

「(1) 主たる精神障害」「(2) 従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類（ICD-10）に位置づけられる病名を記入し、ICDコード（F00～F99、G40のいずれかを数字2桁もしくは3桁）を併記してください。病名は「〇〇疑い」や「〇〇状態」等の状態名や症状名等の記入は避けて確定診断でお願いします。

「(3) 身体合併症」欄には身体障害や疾患が合併する場合にはその障害名、疾患名を記入してください。また、従たる精神障害が知的障害の場合は、療育手帳の有無について記載をし、身体障害者手帳については必ず有無について記載をお願いします。なお、主病名が①「知的障害（精神遅滞）」②「アルコール依存症」③「アルコール精神病」④「適応障害」⑤「てんかん」⑥「高次脳機能障害」の場合は精神障害者保健福祉手帳用診断書の留意事項（別紙）を参照してください。

(3) 「② 初診年月日」欄

②初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 昭和・平成 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 昭和・平成 年 月 日	診療録で確認・本人又は家族等の申立て

主たる精神障害の初診年月日欄には、精神障害で初めて医療機関を受診した日を記入してください。初診日から6ヵ月以上経過していないと手帳の対象にはなりません。また、診断書作成医療機関の初診年月日欄は、当該診断書を作成した医療機関での初診年月日を記入してください。なお初診日の記載が「診療録で確認」したものか「本人又は家族等の申立て」によるものか該当するものを○で囲んでください。

(4) 「③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容」欄

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、治療内容等を記入)	(推定発病時期 年 月頃 ・ 不詳)	受診頻度：月平均 回
	*器質性精神障害の（認知症を除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発病日 (疾患名 年 月 日)	

推定発病年月、精神科受診歴を含む、発病から現在までの病歴、初診年月日を順に記入してください。推定発病時期については、最初に症状に気付かれた時期を原則としますが、発達障害等明らかに出生直後からの問題に付随した場合は、出生時を推定発病時期と記入してください。高次脳機能障害の場合は、発症の原因となった疾患の発病日を記入してください。なお、月の特定ができなければ年の記入だけでも支障ありません。年においても特定できない場合は不詳に○を囲んでください。

受診頻度は現在の受診状況（月平均）を記入してください。また、器質性精神障害（認知症除く）の場合、発病の原因となった疾患名とその発病日を記入してください。なお、障害の程度を総合的に判定するため、治療・入院歴のほか、治療の内容、就学・就労状況、障害福祉サービス（デイ・ケア）等の利用状況なども記入してください。なお、更新申請の場合でも「前回と同じ」等などと簡略化せず、前回申請から現在までの状況も含めて記載してください。

(5) 「④ 現在の症状、状態像等」欄

<p>④現在の症状、状態像等(該当する項目を○で囲む)</p> <p>(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()</p> <p>(2)躁状態 1 行為心拍 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 拒絶 4 その他()</p> <p>(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()</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 食行動の異常 5 チック・汚言 6 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（けいれん及び意識障害） 1 てんかん（⑤の※に記載すること） 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 アルコール 2 覚せい剤 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)</p> <p>(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 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 遂行機能障害 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バ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()</p>
---	---

現在の症状・状態像等の他、おおむね過去2年間の症状かつ今後2年間に予想されるものを含めて該当する項目に○を付けてください。「(9) 精神作用物質の乱用及び依存等」に該当する場合は、使用状況の有無及び不使用の場合、その期間を必ず記入してください。

③「発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容」欄⑤「④の病状・状態像等の具体的程

度、症状、検査所見等」欄と整合性のある内容としてください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記入してください。

(6) 「⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄

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]

※ てんかんの場合、以下について必ず記載すること。
 (1)発作のタイプ及び発作の頻度 (該当する項目に○をつけて、回数を記入すること。)
 イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ()回/年・月・週
 ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ()回/年・月・週
 ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ()回/年・月・週
 ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ()回/年・月・週
 (2)最終発作年月日 年 月 日

④の欄で選択された状態像について、具体的に記入をしてください。なお、申請者の能力障害の状態についての判断は、治療が行われていない状態で判断することは適当ではないことから、十分に長期間の薬物治療下における状態と、おおむね過去2年間の症状かつ今後2年間に予想される状態を考慮の上で行うことを原則としているので、その状態を含めて記載してください。単なる症状の列記ではなく、症状や障害の変動性、就労(就学)状況等、生活に与える影響の程度、今後の見通しなどに触れて記入してください。また、当該状態像を裏付けるのに必要な検査やその検査所見及びその実施日を記載してください。なお、病状等で検査施行が不可能な場合にはそれも記載してください。

てんかんについては、発作のタイプ及び発作の頻度を必ず記入してください。てんかんの発作症状及び精神神経症状の程度の認定は、長期間の薬物治療下における状態で認定することを原則としています。なお、発作の頻度等について変化がある場合、概ね直近1年間の状態を目安に記入願います。

(7) 「⑥ 生活能力の状態」欄

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。児童では年齢相当の能力と比較の上で判断する。)

<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○で囲む。)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>で き る</th> <th>できるが 援助が必要</th> <th>援助があれば できる</th> <th>できない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)適切な食事摂取</td> <td>自発的に</td> <td>自発的に</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2)身辺の清潔保持・規則正しい生活</td> <td>自発的に</td> <td>自発的に</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3)金銭管理と買物</td> <td>適切に</td> <td>おおむね</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(4)通院と服薬(要・不要)</td> <td>適切に</td> <td>おおむね</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(5)他人との意思伝達・対人関係</td> <td>適切に</td> <td>おおむね</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6)身辺の安全保持・危機対応</td> <td>適切に</td> <td>おおむね</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(7)社会的手続や公共施設の利用</td> <td>適切に</td> <td>おおむね</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加</td> <td>適切に</td> <td>おおむね</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		で き る	できるが 援助が必要	援助があれば できる	できない	(1)適切な食事摂取	自発的に	自発的に			(2)身辺の清潔保持・規則正しい生活	自発的に	自発的に			(3)金銭管理と買物	適切に	おおむね			(4)通院と服薬(要・不要)	適切に	おおむね			(5)他人との意思伝達・対人関係	適切に	おおむね			(6)身辺の安全保持・危機対応	適切に	おおむね			(7)社会的手続や公共施設の利用	適切に	おおむね			(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加	適切に	おおむね			<p>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。)</p> <p>(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。</p>
	で き る	できるが 援助が必要	援助があれば できる	できない																																										
(1)適切な食事摂取	自発的に	自発的に																																												
(2)身辺の清潔保持・規則正しい生活	自発的に	自発的に																																												
(3)金銭管理と買物	適切に	おおむね																																												
(4)通院と服薬(要・不要)	適切に	おおむね																																												
(5)他人との意思伝達・対人関係	適切に	おおむね																																												
(6)身辺の安全保持・危機対応	適切に	おおむね																																												
(7)社会的手続や公共施設の利用	適切に	おおむね																																												
(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加	適切に	おおむね																																												

⑥生活能力の状態は、入院や入所などの保護的環境ではない場合を想定して、どのようなことができるか、できないかを判断してください。また児童等、生活能力の状態について適

切に記入することが困難な場合、他の一般的な同年齢の生活能力の状態と比較して、どのような点に障害があるか判断してください。なお、この場合の能力とはあくまでも精神疾患に基づく日常生活能力の障害についてのみ考慮し、身体障害、知的障害及び身体的疾患によって生じている生活上の支障については加味しないでください。

判定に際しては、診断書記入時点の状態のみでなく、おおむね過去2年間に認められた状態及び今後2年間に予想される状態を含め考慮するようお願いいたします。なお、高次脳機能障害の場合は、現疾患発症以降に生活能力の低下が生じたことを確認してください。

「1 現在の生活環境」欄は、該当する項目を○で囲んでください。「入院」については精神科病床に入院している場合です。「入所」については救護施設、共同生活介護等に入所している場合とし施設名を記入してください。「在宅」については、自宅やアパートを利用している場合です。「その他」については精神科病床以外に入院している場合等とし、その内容を記入してください。

「2 日常生活能力の判定」欄は該当する項目を○で囲んでください。この項目でいう「援助」とは助言、指導、介助を意味します。「できない」とは、この「援助」があっても自ら行い得ないことから、専ら他人に行ってもらわなければならない程度、「援助があればできる」とは「援助」がなければ行い得ない程度のものをいいます。(4)「通院と服薬」は要・不要のどちらかに必ず○で囲んでください。「3日常生活能力の程度」欄は該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。上記「2日常生活能力の判定」の総合判定となりますので診断書全体として矛盾のないように整合性に留意してください。

(8) 「⑦ ⑥の具体的程度、症状等」

⑦ ⑥の具体的程度、症状等 (生活能力、家事・就労能力等について)	※現在の就労状況等について (該当する項目を○で囲む) ア 就労移行支援事業・就労継続支援事業 (A型・B型) イ 就労中 [正社員・パート・アルバイト・自営・その他 ()] ウ 家事従事 エ 就学中 (学年等) オ 休職中 カ 無職
--------------------------------------	--

⑥で選択された日常能力の判定・程度について症状等を具体的に記載してください。また現在の就労状況について該当するものを○で囲んでください。

(9) 「⑧⑨現在の障害福祉等のサービスの利用状況」欄

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (該当する項目を○で囲む。) ア 障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)・イ 共同生活援助(グループホーム)・ウ 共同生活介護(ケアホーム)・エ 居宅介護(ホームヘルプ) オ その他の障害福祉サービス・カ 訪問指導等・キ その他 () ⑨生活保護の有無 (有 ・ 無) *過去2年間の入院歴の有無 (有 ・ 無) 有の場合(医療機関名及び入院期間を記載すること) : 年 月 日 ~ 年 月 日 : 年 月 日 ~ 年 月 日 : 年 月 日 ~ 年 月 日 : 年 月 日 ~ 年 月 日 : 年 月 日 ~ 年 月 日 : 年 月 日 ~ 年 月 日	上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関所在地 : 医療機関の名称 : 電話番号 : 診療科担当科名 : 医師氏名(自署又は記名押印) : ㊟
---	---

障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)その他の障害福祉サービス、訪問指導等のサービスを利用している場合には○で囲んでください。また、生活保護の有無についてもどちらかを○で囲んでください。なお、等級の判定には、現時点での状態のみでなく、概ね過去2年間の状態も考慮して判定するため、過去2年間の入院歴及び医療機関名を必ず記入してください。この場合、入院中に他科治療のための転院がある場合は、その事も記入してください。

なお、「③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容」欄に入院歴を記入した場合でも、必ず記入をお願いします。

「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、診療担当科名、医師氏名」欄はいずれも記入漏れのないようにお願いします。日付は本診断書作成日を記入してください。診断書の内容について照会することもありますので、医療機関所在地、名称、電話番号、診療科担当科名は正確に記入してください。医師氏名については、診断医の氏名を記入するもとし、自署の場合は捺印不要です。ゴム印、パソコン等を用いた場合は押印が必要です。

(10)「精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療(精神通院)を同時に申請する場合」

※自立支援医療(精神通院)と同時に申請する場合は、⑩、⑪及び⑫(⑫については該当する場合のみ)を記入すること。		
⑩ 現在の治療内容 (1)投薬内容	(2)精神療法等:通院精神療法・作業療法 ・集団療法・デイケア・その他() (3)訪問看護指示の有無: (有・無)	⑪ 今後の治療方針
⑫ 医師の略歴(主たる精神障害がICDコードF00~F39・G40以外のものであって、「重度かつ継続」に該当すると判断される場合は、該当する□にレ印を記入するとともに、精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載すること。)		
□ 精神保健指定医(指定医番号:)		
□ 精神科医・その他の医師(精神医療に従事した期間・主な所属)		

本診断書で自立支援医療費の申請も同時に行う場合は、以下も記入してください。なお、入院されている方は自立支援医療費の適用とはなりません、入院中であっても退院の予定が具体的に決まっている場合は退院予定日等を記入して提出してください。

「⑩ 現在の治療内容」欄は(1)投薬内容:自立支援医療を適用しようとする精神疾患(①「病名」の主たる・従たる精神障害に記入された疾患)についてのみ投薬内容をすべて記入してください。投薬されていない場合はその理由を記入してください。(2)精神療法等:現在行っている治療内容を○で囲んでください。いずれも実施していない場合には「なし」と記入してください。(3)訪問看護の指示:どちらかを○で囲んでください。訪問看護に自立支援医療(精神通院)を適用するには、訪問看護指示が必要です。

「⑪ 今後の治療方針」欄は、自立支援医療(精神通院)による治療継続の適否の判定に必要となるので、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする場合には、その内容を具体的に記入してください。なお、「上記継続」「⑩欄参照」「前回と同じ」等の記入は不

可です。

「⑫医師の略歴」欄は①病名（主たる精神障害）がICDコードF00～F39及びG40の場合は省略を認めます。ICDコードF00～F39及びG40以外でかつ「重度かつ継続」に該当すると判断された場合のみ、記入してください。判断した医師が精神保健指定の場合、指定医番号を記入し、精神保健指定医でない場合は精神医療に従事した期間や主な所属、3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記入してください。

◆その他

精神障害者保健福祉手帳用の診断書は、必ず日本工業規格A3で提出をお願いします。