

診断書兼意見書(精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療兼用) (1/2)

診断書兼意見書の記入に当たってのお願い事項

氏名	生年月日 明治・大正 昭和・平成 年 月 日(歳)			性別	男・女
住所					
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00~F99, G40のいずれかを記載してください。ただし、精神症状のないんかんにについては、Gコードを使用してください。)	(1) 主たる精神障害	_____	ICDコード()		
	(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・無、種別)	_____	級)
(精神障害の治療又は症状に起因するもの)					
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
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成	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、治療内容などを記載する。)	(推定発病時期 年 月頃)				
	*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○で困ってください。)					
(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(けいれん及び意識障害)					
1 てんかん発作 発作型(), 頻度(回/月又は 回/年), 最終発作(年 月 日)					
2 意識障害 3 その他()					
*発作型は、次の「イ・ロ・ハ・ニ」で記入してください。頻度は、過去2年間について記入してください。 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					
(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(不使用的場合、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()					

(1)「主たる精神障害」及び(2)「従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類に位置づけられる病名を記入しICD-10コードを併記してください。なおこのコードについては2桁又は3桁で記載してください。制度が適用される病名の範囲はICD-10のF00~F99及びG40です。ICD-10コードは <http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>参照

(3)身体合併症には、当該精神障害の症状である躁状態、抑うつ状態、幻覚妄想、情緒障害、行動障害、残遺状態等によって生じた病態です。なお精神障害に起因するか否かの判断は症状ごとに医学的見地から行われるべきではありませんが、一般的に感染症(特に慢性のもの)、新生物、アレルギー(薬剤副作用によるものを除く)、筋骨格系の疾患については、精神障害に起因するものとは考え難いです。

④(7) 不安及び不穏
・不安の内容について診断書⑤にできるだけ詳しく状態像の記載をお願いします。
[例] どういう場合にどのような不安が出るのかを具体的に記載してください。
(参考)「自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針」6「不安及び不穏状態」参照

6 不安及び不穏状態
国際疾病分類ICD-10の統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神及び行動の障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害などでみられる病態である。この病態は、長期間持続する強度の不安、あるいは恐怖感を主症状とし、強迫体験、心気症状、不安の身体化、及び不安発作などを含む。強度の不安により精神運動不穏を呈するか、あるいは心身の衰弱が著しい場合は、通常、入院医療を要する。入院を要さない場合で、不安及び不穏状態が、精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消長を繰り返す、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、精神通院医療の対象となる。

④(8) てんかん発作等
・てんかんの障害の程度を総合的に判定するに当たっては、発作型(イ〜ニ)及び頻度等が大きなウェイトを占めていますので、「主たる・従たる精神障害(G40)」がてんかんの場合、必ず各項目を記載してください。(2年以上発作がなければ頻度の記載は不要です。)

④(10) 知能・記憶・学習・注意の障害
・知的障害(精神遅滞)及び認知症の中核症状だけでなく、それ以外の精神症状や行動異常についても、診断書④⑤に具体的なその内容を記載してください。
(参考)「自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定判定指針」9「知能障害」参照

9 知能障害
精神遅滞及び認知症については、易怒性、気分変動などの情動の障害や暴力、衝動行為、食行動異常等の行動障害を伴い、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、通院医療対象となる。

④(10)1 知的障害(精神遅滞)
・知的障害(精神遅滞)がある場合は、療育手帳の(有・無)、「有」の場合は等級(㉔、A、㉕、B)等を記入してください。

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等
 (④で○をされた病状等について、生活への影響や支障を詳しく具体的に記載してください。)

〔検査所見、検査名、検査結果、検査時期〕(例えば、認知症の場合は長谷川式等の検査結果を記載してください。)

長谷川式等のテストを実施していれば、スコアを記載してください。

⑥ 現在の治療内容(自立支援医療申請の場合に記載してください。)

1 投薬内容 { 薬剤名を具体的に記載してください }

2 精神療法等 { }

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑦ 今後の治療方針(自立支援医療申請の場合に記載してください。)

⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況
 (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(平成十七年法律第百二十三号)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)、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、生活保護の有無等)

⑨ 備考

⑩、⑪については、手帳の申請を行う場合に記載してください。

⑩ 生活能力の状態(保護的環境ではなく、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。)

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(該当する箇所に○をしてください。)

	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		

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○で囲んでください。)

(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。

⑪ ⑩の具体的程度、状態(就学、就労状況を含む。)等

⑫ 自立支援医療の意見書において、主たる精神障害のICDコードを「F00～F39, G40」以外と診断された医師にお聞きします。
 (精神保健指定医の場合は⑪に○をしてください。その他の場合は、()内に3年以上以上精神医療に従事した経験の有ることが分かるよう略歴の記載をお願いします。)

(1) 精神保健指定医である。 (2) その他 { }

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

医療機関の名称 診療担当科名
 医療機関所在地 医師氏名(自署又は記名捺印)
 電話番号

【記入漏れの多い箇所】 記入をお願いします。

⑥2「精神療法等」(なお、てんかんの場合、てんかん指導も含まれます。)
 ⑥3「訪問看護指示の有無(有・無)」
 ⑧「現在の障害福祉サービスの等の利用状況」
 ⑩1「現在の生活環境」(・在宅(ア単身・家族等と同居))
 ⑩2(4)通院と服薬(要・不要)
 ⑪就労・就学状況等、外部との係わり合いを中心として、社会性に注目した記載をお願いします。
 ⑫自立支援医療の意見書において、「F00～F39, G40」以外と診断された場合は必ず記入をお願いします。

⑩2, 3 別紙(精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について(平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健福祉課長通知))を参考に2, 3の整合性について留意していただき記入をお願いします。

診断年月日
 精神障害者保健福祉手帳の申請を行う場合は、精神障害に係る初診日から6か月を経過したものに限りります。