

(別記様式第1号)

診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 )	男・女
住所	群馬県	
病名 (ICDカテゴリーは、F0～F9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 ICDカテゴリー ( ) (2) 従たる精神障害 ICDカテゴリー ( ) (3) 身体合併症	
発病から現在までの病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等)		
現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む)		
(1) 抑うつ状態 1. 思考・運動抑制    2. 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・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. 感情鈍麻    3. 意欲の減退    4. その他 ( )		
(6) 情動及び行動の障害 1. 易怒性、被刺激亢進    2. 暴力・衝動行為    3. 多動    4. 食行動の異常    5. 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. その他 ( )		
(8) 痙れん及び意識障害 1. 痙れん    2. 意識障害    3. その他		
(9) 精神作用物質の乱用及び依存 1. アルコール    2. 覚せい剤    3. 有機溶剤    4. その他 ( )		
(10) 知能障害 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		

の病状・状態像等の、具体的程度、症状等

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定してください。）

1．現在の生活環境

入院・入所（施設名 ）・在宅・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）

(1)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

(2)身の清潔保持

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

(3)金銭管理と買い物

適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

(4)通院と服薬（要・不要）

適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

(5)他人との意思伝達・対人関係

適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

(6)身の安全保持・危機対応

適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

(7)社会的手続きや公共施設の利用

適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない

(8)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・概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、身のまわりのことはほとんどできない。

現在の精神保健福祉サービスの利用状況

（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等、小規模作業所、訪問指導等）

備考

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称  
医療機関所在地  
電話番号  
診療科担当科名  
医師氏名  
(自署または記名捺印)

印

	1級	2級	3級	非該当
審議会 使用欄				