

|                                                                         |                                                                                                                                                                       |                 |                |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| フリガナ氏 名                                                                 |                                                                                                                                                                       | 生年月日            | 年 月 日 ( 歳 )    |
| 住 所                                                                     | 東大阪市                                                                                                                                                                  |                 |                |
| ① 病名 (ICD コードは、下記の病名と対応する F00 から F99 まで又は G40 のいずれかを記載してください。)          |                                                                                                                                                                       |                 |                |
| (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)             |
| ② 発病から現在までの病歴並びに治療の経過、内容 (発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載する。)<br>(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<br>(疾患名 年 月 日)                |                                                                                                                                                                       |                 |                |
| ※初診年月日                                                                  | 主たる精神障害の初診年月日 年 月 日                                                                                                                                                   |                 |                |
|                                                                         | 診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日<br>(※本診断書に係る申請には主たる精神障害の初診年月日より 6 カ月以上の経過が必要)                                                                                                   |                 |                |
| ③ 治療歴                                                                   |                                                                                                                                                                       |                 |                |
| 医 療 機 関 名                                                               | 治療期間(年・月)入院・外来                                                                                                                                                        | 医 療 機 関 名       | 治療期間(年・月)入院・外来 |
|                                                                         | ・ ～ ・ 入・外                                                                                                                                                             |                 | ・ ～ ・ 入・外      |
|                                                                         | ・ ～ ・ 入・外                                                                                                                                                             |                 | ・ ～ ・ 入・外      |
|                                                                         | ・ ～ ・ 入・外                                                                                                                                                             |                 | ・ ～ ・ 入・外      |
| ④ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)                                        |                                                                                                                                                                       |                 |                |
| (1) 抑鬱状態                                                                | ①思考・運動抑制 ②易刺激性・興奮 ③憂鬱気分 ④その他 ( )                                                                                                                                      |                 |                |
| (2) そう状態                                                                | 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) 精神運動興奮及びこん迷の状態                                                      | ①興奮 ②こん迷 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<br>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<br>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 過去 2 年間の頻度 ( 回/月又は 回/年 )<br>発作区分 ア意識障害はないが、随意運動が失われる発作 イ意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作<br>ウ意識障害の有無を問わず、転倒する発作 エ意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作<br>最終発作 ( 年 月 日) ②意識障害 ③その他 ( ) |                 |                |
| (9) 精神作用物質の乱用及び依存等                                                      | 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)<br>①アルコール ②覚醒剤 ③有機溶剤 ④その他 ( )<br>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 ( )                                                 |                 |                |
| (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 )<br>②認知症 [ ア軽度 イ中等度 ウ重度 ] ③その他の記憶障害 ( )<br>④学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 ( )<br>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<br>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 ( )                                                            |                                                                                                                                                                       |                 |                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                              |           |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------|-----------|------|
| ⑤ ④の病状・状態像の具体的程度・症状、検査所見等を記載してください。                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                              |           |      |
| [検査所見：検査名、検査結果、検査時期]                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                                              |           |      |
| ⑥ 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断してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)                                                                                                                                                                                                                          |         |                                              |           |      |
| 1 現在の生活環境<br>入院・入所 (施設名 )・在宅 (ア単身・イ家族等と同居)・その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                          |         | 3 日常生活能力の程度<br>(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。) |           |      |
| 2 日常生活能力の判定 (該当する箇所 to ○をしてください。)                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                              |           |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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 |
| (1)適切な食事摂取                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |                                              |           |      |
| (2)身の清潔保持・規則正しい生活                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                              |           |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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 |
| (3)金銭管理と買い物                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                              |           |      |
| (4)通院と服薬(要・不要)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                                              |           |      |
| (5)他人との意思伝達・対人関係                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                                              |           |      |
| (6)身の安全保持・危機対応                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                                              |           |      |
| (7)社会的手続きや公共施設の利用                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                              |           |      |
| (8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                              |           |      |
| ◎前回診断書記載時と比較して、日常生活能力の状態について下記 to ○をしてください。<br>【前回に比し、改善 不変 悪化 不明 】                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                              |           |      |
| ⑦ ⑥の具体的程度・状態等                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                              |           |      |
| ⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                                              |           |      |
| (1) 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等に規定する①～⑦のサービス (該当する項目を○で囲み、利用回数を記入してください。)<br>① 自立訓練 (生活訓練) 【 回/週又は 回/月】 ② 共同生活援助 (グループホーム)<br>③ 居宅介護 (ホームヘルプ) 【 回/週又は 回/月】<br>④ その他の障害福祉サービス ( ) 【 回/週又は 回/月】<br>⑤ 訪問看護 【 回/週又は 回/月】 ⑥ 訪問指導 【 回/週又は 回/月】 ⑦ デイケア 【 回/週又は 回/月】<br>(2) 生活保護の 有・無 (○で囲んでください。)<br>(3) その他 ( ) |         |                                              |           |      |
| ⑨ 備考                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                                              |           |      |
| 上記のとおり、診断します。 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                              |           |      |
| 医療機関所在地<br>名 称<br>電 話 番 号                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         | 診療担当科名<br>医師氏名                               |           |      |
| ※自立支援医療の審査も同時に必要とされる場合は、下記も合わせてご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                                              |           |      |
| 治療方針 (薬物療法・精神療法等) 等                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                              |           |      |
| 主たる病名 (ICD コード) が F00～F39、G40 以外の場合ご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                              |           |      |
| (1) 自立支援医療費 (精神通院医療) 支給判定指針に基づき、上記症状が重度であり計画的・集中的な通院医療が必要であると判定されますか。<br>□判定される □判定されない                                                                                                                                                                                                                     |         |                                              |           |      |
| (2) 医師の略歴<br>□精神保健指定医 □ 3 年以上精神医療に従事した経験がある                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                              |           |      |