

等級

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

(フリガナ) 氏 名	()	明・大 昭・平 年 月 日生 (歳)
住 所		
1 病名 (ICDコードは、F00～F99、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 初診年月日（前医がある場合、前医が初めて診断した日が主たる精神障害の初診年月日となります。）		
(1) 主たる精神障害の初診年月日 年 月 日（診療録で確認・本人又は家族等の申立て）		
(2) 診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日		
3 発病から現在までの病歴及び治療内容等 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。)	(推定発病時期 年 月頃) ※入院歴及び通院歴を含め、具体的に記載してください。 ※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○で囲んでください。） ※おおむね過去2年間の状態について記載してください。		
(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）（発作型は以下を参照して該当するものを○で囲んでください。） 1 てんかん発作 発作型（イ・ロ・ハ・ニ）頻度（ 回／月・年）最終（直近）発作（ 年 月 日） てんかん発作の型 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 2 意識障害 3 その他 ()		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 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 エその他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無（不使用の場合： 年 月以後不使用）		
(10) 知能、記憶、学習及び注意の障害 1 知的障害（精神遅滞）ア軽度 イ中等度 ウ重度 愛の手帳（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 ()		



原本手帳申請時に添付（自立支援医療と同時）

提出先ごとに作成し、○をつけてください。

氏名（ ）

①東京都送付用 ②区市町村控用 ③医療機関控用

5 4の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等 ※おおむね過去2年間の状態について詳しく記載してください。

検査所見（検査名、検査結果及び検査時期を記入してください。）

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定してください。児童については、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 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（該当するものを○で囲んでください。）

※病状・状態像等との整合性を考慮し、記載してください。

ア 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

イ 身の清潔保持及び規則正しい生活

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

ウ 金銭管理と買物

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

エ 通院と服薬（要・不要）

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

オ 他人との意思伝達及び対人関係

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

カ 身の安全保持及び危機対応

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

キ 社会的な手続及び公共施設の利用

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

ク 趣味・娯楽への関心及び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

(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。）

※病状・状態像等及び日常生活能力の判定との整合性を考慮し、記載してください。

ア 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。

イ 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。

ウ 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。

エ 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。

オ 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

7 6の具体的程度、状態等

※就労状況について ア 一般就労 イ 障害者雇用 ウ その他（ ）

8 現在の障害福祉等サービスの利用状況（該当する項目を○で囲み、○で囲んだ項目について具体的な内容を記載してください。）※(1)～(3)については「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」に規定するサービスに限る。

(1) 自立訓練（生活訓練）(2) 共同生活援助（グループホーム）(3) 居宅介護（ホームヘルプ）

(4) その他の障害福祉サービス (5) 訪問指導等 (6) 生活保護 (7) なし

9 備考

年 月 日 医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

東京都記載欄

東京都で記入しますので、空欄にしてください。

〈自立支援医療（と同時申請時）〉

医療機関所在地

名称

電話番号

医師氏名

（自筆又は記名捺印）

・自立支援医療（該当・非該当）

・重度かつ継続（該当・非該当）

※ A4版で提出の場合は、1ページ右側中央と2ページ左側中央に割印をしてください。また、A4版をA3版にした場合は割印の必要はありません。