

フリガナ 氏名	氏名・生年月日・年齢・住所は申請者本人の特定に関わる情報ですので、正確にご記載ください。		
住所	名古屋市区	月	日生(歳)
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00~F99、G40のいずれかを記入して下さい)	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	主たる精神障害が知的障害(精神遅滞)の場合は、基本的に、手帳交付の対象外です。 前医があれば、前医の初診年月日を記載してください。(初診日から6ヶ月経過していない場合、判定の対象外となります。)	
② 初診年月日	(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) ※主たる精神障害で初めて医療機関を受診した日 (推定発病時期 年)	推定発病年月日や初診医療機関名を記載してください。また、精神障害を主訴として初めて医療機関を受診した時期と初診時のエピソードについて、できるだけ詳しく記載してください。病歴・治療歴・治療の内容について継続性がわかるように記載してください。転院後6か月を超える前に申請する場合には、前医に受診していた期間をご記載いただき、6か月以上継続的に治療を受けていたことがわかるように記載してください。	
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容(推定発病年月日、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	*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(該当するものを○で囲んでください。)(※概ね過去2年間の状態について記入してください。)	<p>1. 抑うつ状態 (1) 思考・運動抑制 (2) 無気力 (3) 感情高揚・易刺激性 (4) その他( )</p> <p>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( )</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) 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) その他( )</p> <p>8. てんかん発作等(けいれん及び意識障害) (1) 痙攣 (2) 意識障害 (3) てんかん発作 (4) 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) 覚醒剤 (3) 有機溶剤 (4) その他( )</p> <p>(ア) 乱用 (イ) 依存 (ウ) 残遺性・遷延性精神症状(状態像を当該項目に再掲する) (エ) その他( )</p> <p>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 日)</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 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( )</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( )</p> <p>12. その他( )</p>		
⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状等(※概ね過去2年間の状態について詳しく記入してください。)(手帳と自立支援医療(精神通院)を同時に申請する場合は、特に継続的な医療の必要性がわかるように記入してください。)	<p>てんかん発作の場合は、以下についても必ず記入してください。</p> <p>(1) 発作のタイプ ア. 意識障害 イ. 意識障害 ウ. 意識障害 エ. 意識障害</p> <p>(2) 発作の頻度 (3) 最終の発作年月日 (4) その他( )</p>		

主病名が器質性精神障害の場合は、原因となった疾患名及び発症日をご記載下さい。

該当する状態像の数字を漏れなく○で囲んで下さい。診断書記入時点のみでなく、概ね過去2年間に認められたもの、及び、概ね今後2年間に予想されるものを含め、

「9.精神作用物質の乱用及び依存」等に○が付く場合は、こちらも必ず記載してください。

④で該当した項目について、できるだけ具体的に記載下さい。自立支援医療と同時に申請する場合は、「入院を要さない状態であること」「その状態像が精神疾患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こと」「継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする事」等がわかるように記載下さい。

てんかんは、等級判定が(1)発作のタイプ、(2)最終発作にいたるまでの頻度、そして(3)最終発作年月日により決定されます。複数のタイプの発作がある場合は、発作のタイプ別にそれぞれの頻度をご記載ください。

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してください。児童では年齢相応の能力との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 (該当するものを一つを○で囲んでください。)\*病歴・状態像等の整合性を考慮し、記入してください。  
(1) 適切な食事摂取 自発的にできる ( ) 自発的にできない ( )  
(2) 適切な衣服の着脱 自発的にできる ( ) 自発的にできない ( )  
(3) 適切な入浴 自発的にできる ( ) 自発的にできない ( )  
(4) 通院と服薬 (要・不要) 適切にできる ( ) 適切にできない ( )  
(5) 他人との意思伝達・対人関係 適切にできる ( ) 適切にできない ( )  
(6) 身の安全保持・危機対応 適切にできる ( ) 適切にできない ( )  
(7) 社会的手続きや公共施設の利用 適切にできる ( ) 適切にできない ( )  
(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 ( ) 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 (該当するものを一つを○で囲んでください。)\*病歴・状態像等及び日常生活能力の判定との整合性を考慮し、記入してください。  
(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。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等  
・食事、入浴などの基本的生活が一人で送ることができるのかどうか  
・学齢期であれば、学校に通っているのか、普通学級/特別支援学級の別、適応状況、受けている配慮等  
・成人であれば、就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのか、職場で受けている配慮等  
・家事に携わる者であれば、家事能力、育児を行う立場であれば育児の状況  
・小学生以下の児童の場合、等級をより客観的に判定するため、①食事摂取、排せつ、整容・保清それぞれについて、どの程度援助を要するのか、あるいは援助があってもできないのか、②家族をはじめとする他者との日常的な意思伝達がどの程度可能なのか、③幼稚園・保育園などでの集団生活に適応するためにどの程度の配慮を必要とするのか、あるいは配慮があっても適応できないのかなどがわかるよう具体的に記載下さい。

⑧ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (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(障害者支援法)に基づき、障害者に対するサービス(障害者支援法)の提供状況(障害者支援法)を記載してください。)(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(障害者支援法)に基づき、障害者に対するサービス(障害者支援法)の提供状況(障害者支援法)を記載してください。)  
居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス( )  
 利用なし  利用あり(利用内容 )

⑨ 現在及び今後の治療方針  
1. 薬物療法 (※診断名に対して使用している薬剤名、及び、今後使用予定の薬物の種類をご記入ください。)  
2. 精神療法等 (※「通院在宅精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記入でなく、医学的観点から継続的な通院医療の必要性がわかるように診察時にどのような治療や指導がなされているのかをご記入ください。)  
3. 訪問看護指示の有無  あり  なし

⑩ 医師の略歴 (主たる精神障害がICDカテゴリF4~F9であって、「高額治療継続」(重度かつ継続的に該当すると判断される場合に、該当する)を○で囲んでください。精神保健指定医である等3年以上の精神医療の従事歴がわかるように記入してください。)  
 精神保健指定医 (指定医番号: )  
 精神科医 (精神科医療に従事した期間・主な所属)  
 その他の医師 (精神医療に従事した期間・主な所属)

医療機関所在地 名称 電話番号 診療担当科名 医師名(自署又は記名)	年 月 日	審査欄		
※手帳	1 級	2 級	3 級	
	不承認			
※自立支援医療	承認	不承認		

必ずどちらかに○をお願いします。

診断書記入時点での症状の程度による評価でなく、概ね過去2年間認められたもの及び概ね今後2年間に予想される障害の結果による生活能力を評価してください。⑥の○で囲んである各項目及び⑦の記載内容と整合性がとれていない場合、確認の連絡をさせていただくことがあります。⑥・⑦共に知的障害や身体障害による生活能力への影響は加味せず評価してください。

日常生活能力の程度が(1)と評価された場合、通常、手帳の交付は「非該当」となります。

食事、入浴などの基本的生活が一人で送ることができるのかどうか  
学齢期であれば、学校に通っているのか、普通学級/特別支援学級の別、適応状況、受けている配慮等  
成人であれば、就労はできているのか、できているとすればそれは通常の就労なのか、福祉的就労なのか、その就労は継続的なものなのか、職場で受けている配慮等  
家事に携わる者であれば、家事能力、育児を行う立場であれば育児の状況  
小学生以下の児童の場合、等級をより客観的に判定するため、①食事摂取、排せつ、整容・保清それぞれについて、どの程度援助を要するのか、あるいは援助があってもできないのか、②家族をはじめとする他者との日常的な意思伝達がどの程度可能なのか、③幼稚園・保育園などでの集団生活に適応するためにどの程度の配慮を必要とするのか、あるいは配慮があっても適応できないのかなどがわかるよう具体的に記載下さい。

複数医療機関の指定を同時に行う場合(新規・更新を含む)は、医療機関名とその理由を記載してください。

ご注意ください。