

自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳
申請に係る診断書の記載方法等について

名古屋市精神保健福祉センター ここらぼ

令和4年3月 Ver1

目次

～はじめに～	1
1 共通事項	2
2 自立支援医療（精神通院医療）申請用診断書	3
自立支援医療（精神通院医療）の概要	
(1) 趣旨	3
(2) 対象者	3
診断書の各欄記載時の留意事項	
(1) 「氏名・生年月日・年齢・性別・住所」欄	3
(2) 「①病名」欄	4
(3) 「②発病から現在までの病歴」欄	5
(4) 「③現在の病状、状態像等」欄	6
(5) 「④ ③の病状状態像等の具体的程度、症状」欄	7
(6) 「⑤現在の治療内容」欄	8
(7) 「⑥今後の治療方針」欄	9
(8) 「⑦現在の精神保健福祉サービス及び自立支援給付対象サービス等の利用状況」欄	9
(9) 「⑧医師の略歴」欄	10
(10) 「高額治療継続」（重度かつ継続）の要件（疾病、症状等から対象となる場合）	10
(11) 「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」欄	11
(12) 自立支援医療用診断書チェックシート	12
3 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院医療）用）	13
(1) 「氏名・生年月日・年齢・性別・住所」欄	13
(2) 「①病名」欄	14
(3) 「②診断書作成医療機関（主医療機関）における治療内容」欄	15
(4) 「③複数医療機関での治療が必要な理由と主な治療内容等」欄	16
4 精神障害者保健福祉手帳用診断書	17
精神障害者保健福祉手帳の概要	
(1) 趣旨	17
(2) 対象者	17
(3) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定について	17

診断書の各欄記載時の留意事項

(1) 「氏名・生年月日・年齢・性別・住所」欄.....	18
(2) 「①病名」欄.....	18
(3) 「②初診年月日」欄.....	19
(4) 「③発病から現在までの病歴」欄.....	20
(5) 「④現在の病状、状態像等」欄.....	21
(6) 「⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状」欄.....	22
(7) 「⑥生活の力の状態」欄.....	23
(8) 「⑦ ⑥の具体的程度、状態像等」欄.....	28
(9) 「⑧現在の精神保健福祉サービスの利用状況」欄.....	29
(10) 「⑨現在及び今後の治療方針」欄.....	30
(11) 「⑩医師の略歴」欄.....	31
(12) 「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」欄.....	32
(13) 手帳用診断書チェックシート.....	32
5 精神保健福祉手帳用診断書の疾患別記載の留意点.....	34
6 ICD-10 精神および行動の障害 診断カテゴリーのリスト.....	36

～はじめに～

～はじめに～

名古屋市精神保健福祉センターこころぼでは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）第6条第2項第4号に基づき、自立支援医療（精神通院医療）（以下、「自立支援医療」という。）の支給認定及び精神障害者保健福祉手帳（以下、「手帳」という。）の交付の可否及び障害等級の判定を実施しています。

自立支援医療及び手帳の判定は、書類審査の形式をとっており、診断書を添付して申請された場合は、診断書に記載された内容のみが審査の対象となります。

このため、診断書に記入漏れがあったり、継続して治療が必要な状態であることや障害の状態や日常生活への影響の程度等を十分に読み取ることができない場合には、診断書を作成された医療機関に疑義照会をさせていただいたり、場合によっては「不承認」の判断をせざるを得ない場合があります。

手帳の診断書の作成に当たっては、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について」（平成7年9月12日 厚生省保健医療局精神保健課長通知）により、その留意点が示されておりますが、本市ではこのたびその通知等を要約・補足した、「自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の申請に係る診断書の記載方法等について」を作成しましたので、診断書作成の際の参考としてご活用いただければ幸いです。

◎ 参考 手帳及び自立支援医療関係 厚生労働省通知等

- 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について
- 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について
- 精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について
- 精神障害や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
- 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要項
- 自立支援医療費の支給認定判定指針

1 共通事項

- 診断書は読みやすい日本語で記載し、外国語や略語は使用しないでください。
- 記載する文字の大きさは、明瞭に読むことができる適当な大きさで記載してください。(9～11ポイント程度のフォント)
- 診断書をパソコンで作成していただいてもかまいません。
- 複写の診断書用紙を使用する場合、筆圧に注意し、下の用紙まで複写されていることを確認の上、提出してください。また、鉛筆や消えるボールペンでの診断書の記載はしないでください。
- 診断書の有効期限は概ね3ヵ月です。申請日より概ね3ヵ月以上前に作成された診断書は無効となる場合があるので注意してください。
- 診断書の訂正がある場合は、二重線を引いて、訂正箇所を修正下さい。
- 原則、自立支援医療の申請には、診断書(自立支援医療費(精神通院)用)(以下、「自立支援医療用診断書」という。)に記載し、手帳の申請は、診断書(精神障害者保健福祉手帳用)、「以下、「手帳用診断書」という。」に記載してください。

自立支援医療、手帳を同時に申請する場合は、手帳用診断書のみの添付で申請が可能です。

なお、旧様式及び他都市の診断書様式を使用することは可能ですが、記載事項については、現在の名古屋市の様式に沿った内容の記載をお願いします。

現在の名古屋市の様式に沿った内容の記載がない場合、判定不能として扱い、場合によっては不承認となりますので、ご協力をお願いいたします。

- 各種診断書は、「ウェルネットなごや」に掲載していますので、必要に応じてダウンロードをお願いいたします。

ウェルネットなごや 「<http://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp>」

で

自立支援医療用診断書と検索→

- > 「支給認定に関する申請書等 | 介護・障害情報提供システム—名古屋市」を選択
- > 「診断書(自立支援医療(精神通院)用)(PDF/エクセル)

又は、

精神障害者保健福祉手帳用診断書と検索→

- > 「精神障害者保健福祉手帳 | 介護・障害情報提供システム—名古屋市」を選択
- > 「精神障害者保健福祉手帳用診断書」(PDF/エクセル)

と検索してください。

- ※ なお、判定において生じた疑問点については原則として照会文を送付し質問させていただきますので、お手数ですが回答の記載にご協力をお願いします。

2 自立支援医療（精神通院医療）

◆自立支援医療（精神通院医療）の概要◆

（1）趣旨

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（以下、「障害者総合支援法」という。）第 5 条第 24 項において、「自立支援医療」とは、“障害者等につき、その心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療であって政令で定めるもの”とされています。

（2）対象者

精神保健福祉法第 5 条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者で、継続的な通院による精神医療を必要とする方です。

精神保健福祉法第 5 条に規定する精神疾患名は国際疾病分類第 10 版（ICD-10）のコード F00～99 及び G40 に該当するものをいいます。

◆診断書の各欄記載時の留意事項◆

（1）「氏名、生年月日、年齢、住所」欄

フリガナ		生年 月日	年 月 日生（ 歳）
氏 名			
住 所	名古屋市 区		

【記載時の留意事項】

- 申請者本人の特定に関わる重要な事項なので、記載漏れのないようにしてください。
- なお、年齢は診断書作成日現在の満年齢を記載してください。
- 記載する住所は保険証等で確認して記載してください。

(2) 「①病名」欄

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	(※身体合併症欄は、精神疾患に起因する疾患のみご記入ください。)

【記載時の留意事項】

- 「(1) 主たる精神障害」、「(2) 従たる精神障害」については、国際疾病分類第10版(以下、「ICD-10」という。)に位置づけられる数字2桁以上に適合する病名を記載し、「ICDコード」については、F00～F99、G40のいずれかを数字2桁又は3桁で併記してください。
- 「(1) 主たる精神障害」は、自立支援医療の支給決定を求める病名を1つのみ記載してください。
F1 カテゴリーに対応する病名については、「使用による精神及び行動の障害」を省略して記載することを認めます。
- 「(2) 従たる精神障害」については、「(1) 主たる精神障害」以外の精神障害がある場合に記載してください。
病名が複数になる場合は、ICDコードも病名ごとに記載してください。
- 病名の記載は、状態病名や疑い病名は避けてください。
- 「(3) 身体合併症」については、精神疾患に起因する身体合併症がある場合に記入してください。

《問合せ対象》 ※以下の場合には、疑義照会させていただく場合があります。

- ◎ (1) 主たる精神障害への複数病名の記載。
- ◎ F00～99、G40以外のコードでの記載。
- ◎ 病名とICDコードの不一致。

《対象外となる「主たる精神障害の病名」》 ※以下の場合には、「不承認」となります。

ICDコードF00～99、G40以外のコードの病名
「心因反応」「うつ反応」「〇〇状態」「〇〇病の疑い」 など

（3）「②発病から現在までの病歴」欄

②発病から現在 までの病歴 （推定発病年月、初診 時の症状、受診歴、 治療経過、内容、 病状等）	（※入院治療は自立支援医療の対象にはなりません。入院中の申請については、退院日又は退院予定日をご記入ください。） （ 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 ）
---	---

【記載時の留意事項】

- 「初診年月日」については、「（1）主たる精神障害」で初めて医師の診療を受けた日を記入して下さい。前医がある場合は前医の初診年月日を記入して下さい。
 初診年月日は「〇年〇月頃」までの記載でも支障ありません。特定できない場合は、「不明」と記載してください。
- 「診断書作成医療機関の初診年月日」については、診断書作成機関において「（1）主たる精神障害」で、初めて医師の診療を受けた日を記入して下さい。
 診断書作成医療機関の初診年月日が確認できない場合は、診断書作成時点で分かり得る最も古い受診日を記載してください。
- 発病から現在までの病歴については、医療機関の受診歴だけではなく、推定発病時期、発病状況、初発症状、前医を含めた受診歴、治療経過、治療内容などがわかるように、可能なかぎり詳細に記載してください。
 その際、現在通院中であること、治療が継続されていることが確認できるように記載をお願いします。
- 入院中の場合は退院予定日を記載してください。概ね1ヵ月以内に退院の見込みがない場合は、制度の対象外となります。

《問合せ対象》

- ◎診断書作成医療機関の初診年月日の記載漏れ
- ◎入院中の場合、概ね1ヵ月以内の退院予定日が確認できない場合。
 （例：「今月末に退院の見込み」等）
- ◎極端に記載が簡略化されている場合。
- ◎「前回と同様」との記載。
- ◎「（1）主たる精神障害」の診断基準と病歴との整合性がつかない場合。

2 自立支援医療（精神通院医療）申請用診断書

(4) 「③現在の病状、状態像等」欄

③ 現在までの病状、状態像等（該当するものを○で囲んでください。）	
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) 痙れん (2) 意識障害 (3) てんかん発作 (4) その他	(
9. 精神作用物質の乱用、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（不使用の場合、その期間 年 月）	
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	(

【記載時の留意事項】

- 「現在まで」の範囲は、概ね過去2年間を意味しますが、今後2年間に予想される症状も含めて該当する項目を○で囲んでください。
「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。
- この項目に該当するものがない場合、制度対象外となります。（予想される症状がなく、継続的な通院加療の必要がないという判断となります。）

《問合せ対象》

- ◎病名との整合性がつかない場合。
- ◎記載がない場合。

(5) 「④ ③の病状状態像等の具体的程度、症状」欄

<p>④ ③の病状状態像等の具体的程度、症状等 (現在の病状や日常生活の様子をふまえて具体的にご記入ください。)</p> <p>てんかん発作の場合は、発作のタイプ、発作の頻度、最終発作年月日を記載</p> <p>()</p>
--

【記載時の留意事項】

- 自立支援医療の制度対象となるのは、
 - ①入院を要さない場合であること。
 - ②その状態像が精神病、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こと。
 - ③継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする病状・状態であること。以上が自立支援医療の制度対象となりますので、できる限り具体的に記載してください。
なお、現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、通院医療を継続する必要がある場合は対象となります。

- 検査所見については、検査名、検査結果、検査時期を記載してください。

- てんかんの場合は、症状状態像等の具体的程度、症状等の下にある「てんかん発作の場合は、発作のタイプ、発作の頻度、最終年月日を記載」の欄に必要事項を記載してください。(P35 てんかんの障害程度判定基準を参照。)

《問合せ対象》

- ◎現在の病状・状態像と整合性が見つからない場合。
- ◎極端に簡略化されているもの。
- ◎「前回と同様」との記載の場合。
- ◎てんかんの場合、発作のタイプ、発作の頻度等の記載漏れ。

(6) 「⑤現在の治療内容」欄

⑤ 現在の治療内容	
1 投薬内容（※診断名に対する薬剤名）	
2 精神療法等（医学的観点から継続的な通院医療の必要性が分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か記入してください）	
3 訪問看護指示の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【記載時の留意事項】

- 「1 投薬内容」の欄には、自立支援医療を適用しようとする投薬内容について記載してください。その際、薬剤名（製品名または一般名）を略さずに記載してください。※
現在、投薬を行っていない場合は「なし」と記載してください。投薬量や服用回数
は必要ありません。
※具体的な薬剤名が望ましいが、薬物の種類でも可。
- 「2 精神療法等」の欄には、医学的観点から継続的な通院医療の必要性や、具体的な治療や指導内容を記載してください。
「通院・在宅精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記載はさけ、個別具体的に記載してください。
- 「3 訪問看護指示の有無」の欄には、「有・無」のどちらかにチェックを入れてください。チェックのない場合は「無」と判断いたします。
訪問看護に自立支援医療を適用する場合には、訪問看護指示が必要です。

《問合せ対象》

- ◎記載がない場合。
- ◎投薬内容が、精神障害の治療薬、又は治療薬による副作用に使用される薬剤以外の薬剤名が記載されている場合。

2 自立支援医療（精神通院医療）申請用診断書

(7) 「⑥今後の治療方針」欄

⑥ 今後の治療方針（※治療目標（症状、日常生活能力、社会適応等の面から記載）をふまえて、継続的に行っていく治療方法（薬物調整、外来通院頻度調整等）をご記入ください。）
1. 薬物療法
2. 精神療法等

【記載時の留意事項】

- この欄は、通院医療による治療継続の適否の判定に必要となりますので、「継続的な通院により行う必要がある薬物療法や精神療法等について」その内容を具体的に記載してください。
- 「1. 薬物療法」については、現在、薬物療法を行っていない場合でも、症状の再燃や状態が悪化した場合に処方を検討する薬物の種類を記載してください。
- 「2. 精神療法等」については、継続的に行っていく必要がある治療内容について記載してください。
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、医療機関名とその具体的な理由を記載してください。

《問合せ対象》

- ◎記載がない場合。
- ◎複数医療機関の指定が必要である場合で複数医療機関の指定に関する記載がない場合

(8) 「⑦現在の精神保健福祉サービス及び自立支援給付対象サービス等の利用状況」欄

⑦ 現在の精神保健福祉サービス及び自立支援給付対象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17年法律第123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等、訪問指導等）
<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり（利用内容）

【記載時の留意事項】

- 「利用あり」又は「利用なし」のどちらかにチェックをしてください。チェックのない場合は「利用なし」と判断させていただきます。（障害福祉サービスの種類についてはP29参照。）
- 「利用あり」の場合には、利用している障害福祉サービス等について記載してくだ

2 自立支援医療（精神通院医療）申請用診断書

さい。なお、ここには医療機関で行われるデイケアは含みません。

(9) 「㊸医師の略歴」欄

㊸ 医師の略歴（主たる精神障害がICDカテゴリーF4～F9であって、「高額治療継続」（重度かつ継続）に該当すると判断される場合に、該当する□をチェックし、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 _____）

【記載時の留意事項】

- 主たる精神障害が F0～F3 及び G40 以外であって、高額治療継続（「重度かつ継続」）に該当すると判断された場合のみ記載してください。
- 精神保健指定医（以下、「指定医」という。）の場合は指定医番号を記載してください。
指定医以外の精神科医、又はその他の診療科の医師については、精神医療に3年以上従事した期間や主な所属を記載して下さい。

《問合せ対象》

- ◎ 指定医番号が記載されていない場合。
- ◎ 精神科医療に従事した期間が記載されていない場合。

(10) 「高額治療継続」（重度かつ継続）の要件（疾病、症状等から対象となる場合）

- 主たる精神障害が ICD カテゴリーの F0～F3 及び G40 に該当すること。
- 上記に該当しない（ICD カテゴリーが F4～F9）場合は、以下の要件がすべて満たされていること。
 - (1) 「㊹発病から現在までの病歴」欄、「㊺現在の状態像」欄において、情動及び行動の障害または不安及び不穏状態があり、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し、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とすることが明確に記載されている。
 - (2) 「㊻現在の治療内容」欄、「㊼今後の治療方針」欄について、計画的・集中的な治療を継続していく必要がある。
 - ・計画的であることとは・・・中長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられている。
 - ・集中的であることとは・・・単なる対症療法的な薬物治療以上の治療が行われていること。
 - (3) 診断書を作成する医師が、精神保健指定医又は3年以上精神医療に従事した医師であること。

2 自立支援医療（精神通院医療）申請用診断書

(11)「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」欄

年	月	日	
医療機関所在地			診療担当科名
名称			医師氏名
電話番号			

【記載時の留意事項】

- 日付は、診断書作成日を記載してください。
- 診断書の記載内容について照会することがありますので、医療機関の所在地、名称、電話番号は正確に記載してください。
- 診療担当科名については、指定自立支援医療機関として届出されている診療科目名で記載してください。
- 医師氏名については、診断医の氏名を記載して下さい。

(12) 自立支援医療用診断書チェックシート

チェック	診断書記載覧	内 容
<input type="checkbox"/>	①	主たる精神障害に病名が1つだけ記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	①	I CDコードはF 00～99・G 40で記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	②	主たる精神障害の初診年月日が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	②	治療の経過がわかるように記載されていますか。 (極端に簡略化されものは不可)。
<input type="checkbox"/>	③	病状・状態像の具体的項目に○が付いていますか。
<input type="checkbox"/>	④	現在の病状・状態像等について具体的程度が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	④	てんかんの場合、発作についての記載がありますか。 (発作の頻度は、概ね過去2年間について記載すること。)
<input type="checkbox"/>	⑤-1	具体的な薬剤名の記載がされていますか。(処方がない場合は「処方なし」と記載すること。)
<input type="checkbox"/>	⑤-2	具体的な治療や指導内容が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	⑤-3	訪問看護指示の有無について、チェックがされていますか。
<input type="checkbox"/>	⑥-1	薬物名の記載がされていますか。
<input type="checkbox"/>	⑥-2	継続的に行っていく必要がある治療内容についての記載がされていますか。
<input type="checkbox"/>	⑥-2	複数医療機関を指定する場合、医療機関名と具体的な理由が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	⑦	サービスの利用状況についてチェックが付いていますか。利用ありの場合は()内に記載がありますか。
<input type="checkbox"/>	⑧	I CDコードがF 4～9の場合、該当する個所にチェックがありますか。 (指定医以外の場合は、3年以上精神医療に従事した期間・所属の記載がありますか。)
<input type="checkbox"/>	その他	診断書作成年月日は正しく記載されていますか。※特に年始に注意!
<input type="checkbox"/>	その他	住所、名称、電話番号、診療担当科名の記載はありますか。
<input type="checkbox"/>	その他	医師名は記載されていますか。(自署または記名)
<input type="checkbox"/>	その他	入院中の場合は概ね1カ月以内の退院予定が記載されていますか。

※⑧については必須項目ではないため、記載がなくても判定されます。

3 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院医療）用）

3 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院医療）用）

この意見書は、現在既に自立支援医療を利用しており、新たに医療機関や薬局、訪問看護ステーション等を追加で申請する場合に使用するものです。ただし、複数医療機関の指定については、医療の重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、検査のみ、ケアのみ、訪問看護のみといった医療の範囲を限定して複数の指定をすることができます。

また、自立支援医療を新規に申請する際や診断書の添付が必要となる再認定申請の際に同時に複数の医療機関等の指定を希望する場合は、診断書への記載内容から複数医療機関の指定の必要性が判断できれば、この意見書は不要です。

（複数医療機関の指定が必要である場合は、自立支援医療（精神通院医療）診断書の⑥「今後の治療方針」欄、または、精神障害者保健福祉手帳診断書の⑨「現在及び今後の治療方針」欄に記載下さい。）

◆複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院医療）用）の各欄記載時の留意事項

(1) 「氏名、生年月日、年齢、性別、住所」欄

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日生（歳）
住所	名古屋市 区		

【記載時の留意事項】

- 申請者本人の特定に関わる重要な事項なので、記載漏れのないようにしてください。
- なお、年齢は診断書作成日現在の満年齢を記載してください。
- 記載する住所は保険証等で確認して記載してください。

(2) 「①病名」欄

① 病名 (ICDコードは、 F00～F99、G40 のいずれかを記入し て下さい。)	(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	(※身体合併症欄は、精神疾患に 起因する疾患のみご記入くださ い。)

【記載時の留意事項】

- 「(1)主たる精神障害」、「(2)従たる精神障害」については、国際疾病分類第10版(以下、「ICD-10」という。)に位置づけられる数字2桁以上に適合する病名を記載し、「ICDコード」については、F00～F99、G40のいずれかを数字2桁もしくは3桁で併記してください。
- 「(1)主たる精神障害」は、自立支援医療の支給決定を受けている病名を1つのみ記載してください。
- 「(2)従たる精神障害」については、(1)主たる精神障害以外の精神障害がある場合に記載してください。
病名が複数になる場合は、ICDコードも病名ごとに記載してください。
- 「(3)身体合併症」については、精神疾患に起因する身体合併症がある場合に記入してください。

《問合せ対象》

- ◎ (1) 主たる精神障害への複数病名の記載。
- ◎ F00～99、G40以外のコードでの記載。
- ◎ 病名とICDコードの不一致。

《追加が認められない主な精神障害の病名》

- ◎ F00～99、G40以外の病名。
- ◎ 「心因反応」「うつ反応」「抑うつ状態」「〇〇病の疑い」等の一過性の病名又は状態や疑い病名も対象外です。

3 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院医療）用）

(3) 「②診断書作成医療機関（主医療機関）における治療内容」欄

<p>② 診断書作成医療機関（主医療機関）における治療内容</p> <p>1. 投薬内容 （※診断名に対する薬剤名）</p> <p>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」等の単語の記入でなく、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かを記入ください。）</p> <p>3. 訪問看護指示の有無 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし</p>

【記載時の留意事項】

- 「1. 投薬内容」の欄には、現在処方している具体的な投薬内容（主な治療薬の名称等。）を記載してください。
現在、処方していない場合は「なし」と記載してください。
- 「2. 精神療法等」の欄には、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かを記載してください。
「通院・在宅精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記載はさけ、個別具体的に記載してください。
- 「3. 訪問看護の有無」の欄は、あり・なしのどちらかにチェックを入れてください。訪問看護を追加するには「あり」にチェックが必要です。

3 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院医療）用）

(4) 「③複数医療機関での治療が必要な理由と主な治療内容等」欄

③ 複数医療機関での治療が必要な理由と主な治療内容等	
【精神疾患名】 _____	【医療機関名】 _____
【理由と主な治療内容等】	

【記載時の留意事項】

- 「精神疾患名」については、「①病名」欄に記載した精神疾患のうち複数医療機関の指定が必要となる病名を記載してください。
- 「医療機関名」については、新たに指定が必要となる医療機関名を記載してください。
- 「理由と主な治療内容等」については、現在指定を受けている医療機関では治療ができない理由について、医療の重複がなく、やむを得ない事情により、複数医療機関の指定が必要であることを具体的に記載してください。
治療内容が医療保険の算定項目にない場合は、複数医療機関の指定の対象となりませんのでご注意ください。

《問合せ対象》

- ◎ 「理由と主な治療内容等」が不十分な場合。
例) 「訪問看護が必要なため」
→ 訪問看護師へ依頼する具体的な内容や、精神障害を対象とする治療内容等の記載が必要です。

《追加が認められない主な理由》

- ◎ 「精神疾患名」が「①病名」欄に記載のない病名。
- ◎ 治療内容が重複している場合。
- ◎ 継続的な治療が確認できない場合。（緊急時の受診や単発の検査等のみの場合）
→ 鑑別診断のための検査は継続的な治療行為ではないため対象外
- ◎ 医療保険の算定項目にない理由の場合。（カウンセリングなど）
- ◎ 自立支援医療の適用外の理由が記載されている場合。
- ◎ 精神科で一般的に行われる治療範囲を超えている場合。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

◆精神障害者保健福祉手帳の概要◆

(1) 趣旨

平成5年に障害者基本法が成立して精神障害者が障害者として明確に位置づけられたことを契機に、それまでの「精神保健法」が「精神保健福祉法」に改正され、精神障害者保健福祉手帳制度が創設されています。これは、これまで身体障害者については身体障害者手帳が、知的障害者については療育手帳があり、様々な福祉的な配慮が行われていることから、一定の障害状態にあることを認定して交付することにより、手帳の交付を受けたものに対して、各方面の協力により各種の支援が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的としています。

(2) 対象者

この手帳は精神疾患を有する方(精神保健福祉法第5条に規定する精神障害者)のうち、精神障害のために長期に渡り日常生活又は社会生活への制約がある方(障害者基本法の障害者)を対象としています。

ただし、知的障害があり、上記の精神疾患がない方については、療育手帳制度(名古屋市の場合は「愛護手帳」といいます。)があるため、精神障害者保健福祉手帳の対象とはなりません。(知的障害と精神障害を両方有する場合は、両方の手帳を受け取ることができます。)

(3) 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定について

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、「現時点の状態のみではなく、おおむね過去2年間の状態、あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態も考慮する。」また、『精神疾患(機能障害)の状態』や『能力障害(活動制限)の状態』の判断は、「長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。」とされています。(精神障害者保健福祉手帳の障害等級判定基準の運用に当たっての留意事項 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課長通知)

そのため、診断書の記載にあたっては、治療期間や継続性が分かるように記載して下さい。また、一時的な症状の激しい時期のみの評価による記載とならないようご留意下さい。

◆診断書の各欄記載時の留意事項◆

(1) 「氏名、生年月日、年齢、住所」欄

フリガナ		生年月日	年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所	名古屋市 区		

【記載時の留意事項】

- 申請者本人の特定に関わる重要な事項なので、記載漏れのないようにしてください。
- なお、年齢は診断書作成日現在の満年齢を記載してください。
- 記載する住所は保険証等で確認して記載してください。

(2) 「①病名」欄

① 病名 (ICDコードは、右 の病名と対応する F00~F99、G 40のいずれかを記 入して下さい。)	(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)

【記載時の留意事項】

- 「(1) 主たる精神障害」、「(2) 従たる精神障害」については、国際疾病分類第10版(以下、「ICD-10」という。)に位置づけられる数字2桁以上に適合する病名を記載し、「ICD コード」については、F00~F99、G40のいずれかを数字2桁もしくは3桁で併記してください。
- 「(1) 主たる精神障害」は、1つのみ記載してください。
F1 カテゴリーに対応する病名については、「使用による精神及び行動の障害」を省略して記載することを認めます。
- 「(2) 従たる精神障害」については、「(1) 主たる精神障害」以外の精神障害がある場合に記載してください。
病名が複数になる場合は、ICDコードも病名ごとに記載してください。
- 「(3) 身体合併症」については、精神疾患に起因する身体合併症がある場合に記入し、身体障害者手帳の有無について記載してください。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

《問合せ対象》

- ◎「(1) 主たる精神障害」への複数病名の記載。
- ◎F00～99、G40以外のコードでの記載。
- ◎病名とICDコードの不一致。

《病名についての注意事項》

- ◎「精神遅滞」は対象外病名です。
- ◎「急性ストレス反応」「急性精神病」「心因反応」「うつ反応」「抑うつ状態」「〇〇病の疑い」等の一過性の病名又は状態や疑い病名も対象外です。
- ◎「適応障害」はICD-10によると「症状の持続は遷延性抑うつ反応を除いて通常6か月を超えない」とされています。診断から6か月を超える場合は、病名を変更するか、6か月を超えて病名をつけられる場合は、適応障害が長期に渡る理由や治療継続が必要であることが分かるように記載して下さい。
- ◎「依存症」病名は、完全に断酒や断薬ができておらず、現在の精神作用物質の使用が有る場合であっても、長期間に渡る精神作用物質の使用の結果生じた能力障害により、日常生活に支障を来す状態があると認められれば精神手帳の対象となります。(精神作用物質の使用状況や生活能力についてお問合せさせていただく場合がございます。)

(3) 「②初診年月日」欄

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
---------	--

【記載時の留意事項】

- 初診年月日は、「(1) 主たる精神障害」で初めて医師の診療を受けた日を記載してください。
前医がある場合は、前医の初診年月日を記入して下さい。前医の初診日を確認することが困難な場合は、問診により記載してください。
- 診断書作成医療機関の初診年月日は、「(1) 主たる精神障害」で診断書作成医療機関において、初めて医師の診療を受けた日を記載してください。
診断書作成医療機関の初診年月日が確認できない場合は、診断書作成時点で分かり得る最も古い受診日を記載してください。
- 高次脳機能障害の場合は、発症の原因となった疾患の発症日、又は「高次脳機能障害」と初めて診断を受けた日を記載してください。
- 手帳交付の適否判定を行う診断書は、診断書作成日が、初診年月日又は診断書作成医療機関の初診年月日から6か月を経過した日以後における診断書でなければ原則対象となりません。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

特に新規で手帳の申請を行う場合は、初診日から6カ月以上経過していても、長期間の治療下における状態で判定を行うことを原則としているため、診断書作成日以前の直近6カ月間に継続した治療期間を認めない場合は、原則対象となりませんのでご注意ください。

《問合せ対象》

- ◎初診年月日未記入の場合。
- ◎診断書作成医療機関の初診年月日未記入の場合。

(4) 「③発病から現在までの病歴」欄

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）	(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)

【記載時の留意事項】

- 推定発病時期、発病状況、初発状況、前医を含めた受診歴、治療の経過、治療内容などがわかるように、可能な限り詳細に記載して下さい。
また、病名、状態像、医療機関名、依存薬物等を羅列するのではなく、可能な範囲で申請者の生活歴、疾病に関係する年月（時間経過）、疾病と関係するエピソード、生活環境の情報等も記載して、精神疾患発症からの経過が具体的かつ個別的に理解できるようにしてください。
極端に簡略化した記載は判定が困難になりますのでご協力願います。
- 精神疾患（機能障害）や能力障害（活動制限）の状態の判断は、「長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする」とされています。
- 治療経過について、治療が断続的となっていた期間や中断期間がある場合は、その期間が分かるよう記載してください。治療の継続性は判定を行うための重要な情報になります。
- 手帳を申請する精神疾患に関するものであれば、内科や小児科、脳神経外科など他科での受診歴も含まれます。
- 推定発病時期について、時期の特定が出来なければ「〇年頃」までの記載だけでも支障ありません。特定ができない場合は「不明」と記載してください。
また、推定発病時期については、最初に症状に気づかれた時を原則としていますが、発達障害等明らかに出生直後からの問題に付随した場合には、出生時を推定発病時期として記載してください。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

- 高次脳機能障害などの認知症を除く器質性精神障害の場合は、その発症の原因となった疾患名と発症日を本欄の下段に必ず記載してください。

《問合せ対象》

- ◎治療の継続性が確認できない場合や極端に記載が簡略化されている場合。
◎「前回と同様」との記載。
◎治療経過に中断・断続的・不定期な期間があり、治療の継続性が読み取れない場合。
◎「(1) 主たる精神障害」の診断基準と病歴との整合性がつかない場合。

(5) 「④現在の病状、状態像等」欄

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。) (※概ね過去2年間の状態について記入してください。)
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) チェック・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) 痙れん (2) 意識障害 (3) てんかん発作 (4) その他 ()
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・遅発性精神障害性障害(状態像を当該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 (不使用の場合、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) ()
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 ()

【記載時の留意事項】

- 診断書作成時点のみだけでなく、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た状態を考慮の上、該当する項目を○で囲んでください。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

- 「①病名」との整合性に注意をして、該当する項目を○で囲んでください。
- 「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。
- 主たる精神障害または従たる精神障害に ICD コード「F1」の疾患名である場合
診断書の項目④-9 欄（精神作用物質の乱用及び依存等）について記載して下さい。

《問合せ対象》

- ◎病名との整合性が見つからない場合。
- ◎記載がない場合。
- ◎主たる精神障害または従たる精神障害に ICD コード「F1」の疾患の場合で、「現在の精神作用物質の使用有無」と「不使用の場合、その期間」が未記入のもの。

(6) 「⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状等」欄

<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> <p style="text-align: right;">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 style="text-align: center;">(1) 発作のタイプ（該当するものを○で囲んでください。）</p> <p style="padding-left: 2em;">ア、意識障害はないが随意運動が失われる発作</p> <p style="padding-left: 2em;">イ、意識を失い、行動が途絶するが、倒れない発作</p> <p style="padding-left: 2em;">ウ、意識障害の有無を問わず、転倒する発作</p> <p style="padding-left: 2em;">エ、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作</p> <p style="text-align: right;">(2) 発作の頻度（ 回/月 又は、 回/年）</p> <p style="text-align: right;">(3) 最終の発作年月日（ 年 月 日）</p> <p style="text-align: right;">(4) その他（ ）</p>

【記載時の留意事項】

- 「④現在の病状・状態像等」欄で選択された状態像について、精神医学的見地から、その状態について具体的に記載してください。
- 単なる症状の列記ではなく、症状や障害の変動性・周期性、就労（就学）状況等、生活に与える程度、今後の見通しなどに触れて記載してください。
- 当該状態像を裏付けるために必要な検査、その検査の所見及びその実施日を記載してください。なお、病状等で検査施行が不可能な場合には、その旨を記載してください。
- 手帳と自立支援医療と同時に申請する場合は、継続的な医療の必要性について記載してください。
- てんかん発作については、診断書作成日から過去2年間の状況について記載してください。

発作がある場合は「(1) 発作のタイプ (ア) から (エ)」を○で囲み、「(2) 発

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

作の頻度」、「(3) 最終発作年月日」を記載して下さい。発作のタイプが複数該当する場合は、発作のタイプ毎に発作の頻度と最終発作年月日がわかるように記載してください。

発作が起こっていない（コントロールされている）場合は、過去にあった「(1) 発作のタイプ」と「(3) 最終の発作年月日」を必ず記載してください。（P35 てんかんの障害程度判定基準を参照。）

《問合せ対象》

- ◎病名との整合性がない場合。
- ◎記載がない場合。
- ◎「てんかん」で発作のタイプ(1)(ア)から(エ)に○がない場合や(2)発作の頻度、(3)最終発作年月日の記載がない場合。
- ◎「てんかん」で発作の頻度と最終発作年月日において整合性がない場合。

(7) -ア「⑥生活能力の状態」欄

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、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
(3)	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
(4)	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
(5)	他人との意思伝達・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
(6)	身の安全保持・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
(7)	社会的手続きや公共施設の利用 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
(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。							

【記載時の留意事項】

- 生活能力の状態については、入院や入所などの保護的環境（例えば病院に入院しているような状態。）でなく、他者からの支援や援助なくアパート等で単身生活を送った場合を想定して、どのようなことができるか、できないかを概ね過去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た状態を考慮の上で判定してください。
- 児童等、生活能力の状態について適切に記載することが困難な場合は、他の一般的な同年齢の生活能力の状態と比較して、どのような点に障害があるか評価してください。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

高次脳機能障害の場合は、原疾患発症以降に生じた生活能力の低下に基づき評価してください。

- この場合の生活能力とは、あくまでも精神疾患の結果として生じた日常生活又は社会生活における制限の状態のことであり、知的障害、身体障害及び身体的疾患によって生じている生活上の支障については加味しないでください。
- 通院と服薬の必要性について、「要・不要」に必ず○を付けてください。

《問合せ対象》

- ◎該当項目に「○」漏れや重複がある場合。
- ◎生活能力の判定に知的障害、身体障害及び身体的疾患によって生じている生活上の支障が加味されていると思われる場合。
- ◎年齢相応の能力を基準に評価されていないと思われる場合。(特に低年齢の場合)

(7) -イ「1. 現在の生活環境」欄について

- 「入院」については、精神病床に入院している場合です。
入院中の方が自立支援医療と同時申請を行う場合は、「③発病から現在までの病歴」欄等に退院予定日(概ね1ヵ月程度)について具体的に記載してください。退院予定日の記載がない場合は制度対象外となります。(自立支援医療の対象となるのは、入院を要さない場合で、精神病あるいはそれと同等の病態にある方とされています。)
- 「入所」については、障害者支援施設等に入所している場合とし、施設名を記載してください。
- 「在宅」については、自宅やアパートに住んでいる場合です。「ア 単身」・「イ 家族等と同居」のどちらかに○を付けてください。
- 「その他」については、精神病床以外に入院しているなど、「入院・入所・在宅」以外の場合とし、その内容を記載してください。

(7) -ウ「2. 日常生活能力の判定」欄について

診断書⑥-2

(1) 適切な食事摂取

食事を準備し、摂取の開始から終了までの一連の活動が、自発的な行動によって遂行されるかどうか、援助が必要であるかどうか判断して下さい。

精神疾患(機能障害)の状態としての「食行動の異常」(拒食、過食等)をもって「できない」とはしないでください。

(2) 身辺の清潔保持、規則正しい生活

洗面・洗髪・排泄後の衛生、入浴等の衛生の保持、更衣(清潔な身なりをする。)

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

清掃などの清潔の保持について自発的に適切に行うことができる（一般的な生活が維持できる）かどうか、援助が必要であるかどうか判断してください。

身体疾患がある場合に、身体障害に起因する能力障害（活動制限）を評価するものではありません。

（3）金銭の管理と買い物

金銭を独力で適切に管理（日常的な金銭管理）し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要であるかどうかで判断してください。（金銭の認知、買い物への意欲、買い物に伴う対人関係処理能力に着目する。）

行為嗜癖に属する浪費や強迫的消費行動について評価するものではありません。

（4）通院と服薬

自発的、規則的に通院・服薬を行い、病状や副作用等についてうまく主治医に伝えることができるか、援助が必要であるか判断してください。

（5）他人との意思伝達・対人関係

1対1の場面や集団での場面で、他人の話を聞き取り、自分の意思を相手に伝えるコミュニケーション能力、他人と適切に付き合う能力に着目してください。

他人とは、家族・親族以外や見ず知らずの親しくない人を指します。

（6）身辺の安全保持・危機対応

自傷や危険から身を守る能力があるか、危機的状況でパニックにならず他人に援助を求める等適切に対応ができるかどうか判断してください。

リストカットなど行為嗜癖的な自傷だけをもって「身を守れない」と評価するものではありません。

（7）社会的手続きや公共施設の利用

行政機関（保健センター等）、障害福祉サービス事業その他各種相談申請等の社会的手続きを行ったり、公共交通機関や公共施設を適切に利用できるかどうか判断してください。

（8）趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

新聞、テレビ、趣味、娯楽、余暇活動に関心を持ち、地域の講演会やイベント等に自発的に参加しているか、これらが適切であって援助を必要としないかどうか判断してください。

★各項目の程度の方★

○「できる」

「完全・完璧にできる」という意味ではなく、あえて他者による援助を要さない程度の状態。（「援助」とは助言、指導、介助等を意味します。）

○「自発的に（おおむね）できるが援助が必要」

あえて他者による援助を要さなくても自発的に又はおおむね適切に行うことができるが、時には援助がなければできない程度の状態。

○「援助があればできる」

自発的、適切に行うことはできないが、適切な援助があればできる状態の程度。

○「できない」

援助があっても自ら行うことができない、又は行わない状態。「行わない」とは、介護者に過度に依存して自分でできるのに行わない場合や、性格や好き嫌いで行わないことは含みません。

(7) -エ「3. 日常生活能力の程度」欄について

(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。

「普通にできる」とは、「完全・完璧にできる」という意味ではなく、日常生活及び社会生活を行う上で、あえて他者による特別の援助を要さない程度のもの。（「援助」とは助言、指導、介助等を意味します。）

- 精神障害のない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることができる。

(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。

「日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける」とは、活動や参加において軽度ないし中等度の問題があり、「あえて援助を受けなくても、自発的に又はおおむね適切に行うことができるが、援助があればより適切に行いうる」程度のもの。

- 一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処に困難がある。
- デイケアや障害福祉サービス事業所等を利用する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。
- 日常的な家事を本人が必要とする程度に行うことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じる。
- 身の清潔保持は困難が少ない。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

- 対人交流は乏しくない。
- 引きこもりがちではない。
- 自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切にはできないことがある。
- 行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。
- 生活環境等に変化の少ない状況では病状の再燃や悪化が起きにくい。
- 日常的な金銭管理はおおむねできる。
- 社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。 など

(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。

「日常的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」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に中等度ないし重度の問題があって「必要な時には援助を受けなければならない」程度のもの。

- 付き添わなくても自ら外出できるものの、日常的なストレスがかかる状況が生じた場合にあっては対処することに困難がある。
- 医療機関に行く等の習慣化された外出はできる。また、デイケアや障害福祉サービス事業所等を利用することができる。
- 食事を準備して摂取する（必ずしも調理が上手にできることを意味しない。）等の本人自身のための家事を行うことに援助を要する。
- 身辺保持が自発的かつ適切にできない。
- 社会的な対人交流は乏しいが、引きこもりは顕著ではない。
- 自発的な行動に困難がある。
- 日常生活の中での発言が適切にできないことがある。
- 行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。
- 日常的な金銭管理ができない場合がある。
- 社会生活の中で適さない行動をとってしまうことがある。
- 生活環境等に変化があると病状の再燃や悪化を来しやすい。 など

(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。

「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」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に重度ないしは完全な問題があり、「常に援助がなければ自ら行い得ない」程度のもの。

- 親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。
- 自発性が著しく乏しい。
- 自発的な発言が少なく発言内容のほとんどが常に不適切であったり不明瞭である。
- 日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。
- 些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。
- 金銭管理は困難であることから自ら行えない。
- 日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちであることから、日常生活全般にわたり常時援助を必要とする。 など

(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

「身の回りのことはほとんどできない」とは、食事、保清、金銭管理、危機対応に完全な問題があり、「援助があっても自ら行い得ない」程度のもの。

- 入院患者においては、院内の生活に、常時援助を必要とする。
- 在宅患者においては、医療機関等への外出を自発的にできず、付き添いが必要である。
- 家庭生活においても、適切な食事を準備したり、後片付け等の家事や身の回りの清潔保持も行えず、常時の援助をもってしても、自発的には行えない。 など

(8) 「⑦ ⑥の具体的程度、状態等」欄

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

【記載時の留意事項】

- 精神疾患によって生じた日常生活又は社会生活における制限の状態について、総合的かつ客観的に判断するため、可能な限り具体的かつ詳細に記載してください。
- 具体的な病状や状態像ではなく、⑥欄で評価した理由が分かるように日常生活又は社会生活における制限の状態について詳しく記載してください。
- 「⑥生活能力の状態」で選択した項目との整合性に注意して記載して下さい。
- 知的障害や身体疾患の影響によるものは除いて記載して下さい。

※記載していただきたい事項例

- ・手段的日常動作（買い物、移動、外出、服薬の管理、金銭管理等）能力。
- ・学齢期であれば就学状況（通学状況・就学状況・学校での配慮・普通級、特別支援級、通級等の種別等）。
- ・成人であれば就労状況（勤務状況・就労形態（障害者雇用／一般就労の別）・職場での配慮等）。
- ・家事に携わる者であれば家事の状況。
- ・育児を行う立場であれば育児の状況。
- ・援助が必要な場合の、程度や頻度など具体的な援助の内容。

《問合せ対象》

- ◎ 「⑥生活能力の状態」欄に記入されている内容との整合性がない場合。
- ◎ 記載がない場合。
- ◎ 病状や状態像についてしか記載がなく、日常生活または社会生活における制限の状態についての記載がない場合。
- ◎ 極端に記載が簡略化されている場合。
- ◎ 援助内容が具体的に記載されていない場合。
- ◎ 知的障害や身体疾患による症状によるものと思われる記載の場合。

(9) 「⑧現在の精神保健福祉サービスの利用状況」欄

<p>⑧ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況</p> <p>(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17年法律第123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等、社会復帰施設、小規模作業所、訪問指導等)</p> <p><input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり(利用内容)</p>
--

【記載時の留意事項】

- 日常生活、就学、就労等の場面において、現に障害福祉サービスの利用をしている場合には、利用ありに選択していただき、利用内容を記載してください。
なお、ここには医療機関で行われるデイケアは含みません。
- 障害福祉サービス等のサービス利用状況は、特に単身生活者における日常生活能力の判定を行う上で重要な項目となります。
障害福祉サービスの利用状況と生活能力の状態及び生活能力の具体的程度・状態等との整合性に注意してください。
- チェックがない場合は、「利用なし」と判断いたします。

★障害福祉サービスの種類★

- ・ 居宅介護(ホームヘルプ)
- ・ 重度訪問介護
- ・ 同行援護
- ・ 行動援護
- ・ 重度障害者等包括支援
- ・ 短期入所(ショートステイ)
- ・ 療養介護

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

- ・生活介護
- ・施設入所支援
- ・自立生活援助
- ・共同生活援助（グループホーム）
- ・自立訓練（機能訓練）
- ・自立訓練（生活訓練）
- ・就労移行支援
- ・就労継続支援（A型）
- ・就労継続支援（B型）
- ・就労定着支援

(10) 「㊟ 現在及び今後の治療方針」欄

※自立支援医療を同時に申請する場合のみ記載が必要です。

<p>㊟ 現在及び今後の治療方針</p> <p>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。）</p> <p>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。）</p> <p>3. 訪問看護指示の有無 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし</p>

※記載する場合は、自立支援医療の指定医療機関である必要があります。

※入院中の場合は、概ね1ヵ月以内に退院の見込みがないと、自立支援医療の制度対象外となります。退院の見込みがある場合は、③発病から現在までの病歴欄等に退院予定日について具体的に記載してください。

【記載時の留意事項】

- 現在及び今後の治療方針や治療目的とそのための手段、継続的な通院治療の必要性を具体的に記載してください。
- 「1. 薬物療法」の欄には、現在処方している具体的な投薬内容（主な治療薬の名称等。）及び今後使用予定の薬物の種類を記載してください。
現在、処方していない場合は「なし」と記載していただき、今後使用予定の薬物の種類を記載してください。
- 「2. 精神療法等」の欄には、医学的観点から継続的な通院医療の必要性がわか

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

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かを記載してください。

「通院・在宅精神療法」「行っている」「支持的精神療法」等の簡単な記載はさけ、個別具体的に記載してください。

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。

- 「3. 訪問看護の有無」欄は、「あり」・「なし」のどちらかにチェックを入れてください。チェックがない場合は「なし」と判断させていただきます。

《問合せ対象》

- ◎投薬内容が、精神障害の治療薬やその治療薬による副作用に使用される薬剤以外の薬剤のみ場合。
- ◎複数医療機関の指定が必要である場合で複数医療機関の指定に関する記載がない場合。

(11) 「⑩医師の略歴」欄

※自立支援医療を同時に申請する場合のみ記載が必要です。

⑩ 医師の略歴（主たる精神障害がICDカテゴリーF4～F9であって、「高額治療継続」（重度かつ継続）に該当すると判断される場合に、該当する口をチェックし、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）

【記載時の留意事項】

- 「主たる精神障害」が F0～F3 及び G40 以外であって、高額治療継続（「重度かつ継続」）に該当すると判断された場合のみ記載してください。

- 精神保健指定医（以下、「指定医」という。）の場合は指定医番号を記載してください。

指定医以外の精神科医の場合、又はその他の診療科の医師については、精神医療に3年以上従事した期間や主な所属を記載して下さい。

《問合せ対象》

- ◎指定医番号が記載されていない場合。
- ◎精神科医療に従事した期間が記載されていない場合。

※「高額治療継続」（重度かつ継続）については、自立支援医療申請用診断書（10）を参照してください。

(12) 「日付、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」欄

年 月 日
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)

【記載時の留意事項】

- 日付は、診断書作成日を記載してください。
- 診断書の記載内容について照会することがありますので、医療機関の所在地、名称、電話番号、診療担当科名は正確に記載してください。
- 医師氏名については、診断医の氏名を記載して下さい。

(13) 手帳用診断書チェックシート

チェック	診断書記載覧	内 容
<input type="checkbox"/>	①	主たる精神障害に病名が1つだけ記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	①	I CDコードはF 00～99・G 40で記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	②	初診年月日は診断書作成日より6カ月以上前の日付が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	③	治療の経過がわかるように記載されていますか。 (極端に簡略化されものは不可)。
<input type="checkbox"/>	④	病状・状態像の具体的項目に○が付いていますか。
<input type="checkbox"/>	⑤	現在の病状・状態像等について具体的程度が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	⑤	てんかんの場合、発作についての記載がありますか。 (発作の頻度は、概ね過去2年間の状況について記載がされていますか。)
<input type="checkbox"/>	⑥-1	該当する項目に○がついていますか。 (入所・その他の場合は()内に記載がされていますか。)
<input type="checkbox"/>	⑥-2	全項目に○が付いていますか。(通院と服薬の(要・不要)含めて9項目) 一つの項目に重複して○が付いていませんか。
<input type="checkbox"/>	⑥-3	いずれか1つ○が付いますか。
<input type="checkbox"/>	⑦	生活の能力の状態について、具体的程度が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	⑧	サービスの利用状況についてチェックが付いていますか。利用ありの場合は ()内に記載がありますか。
<input type="checkbox"/>	その他	診断書作成年月日は正しく記載されていますか。※特に年始に注意!
<input type="checkbox"/>	その他	住所、名称、電話番号、診療担当科名の記載はありますか。

4 精神障害者保健福祉手帳申請用診断書

<input type="checkbox"/>	その他	医師名は記載されていますか。
--------------------------	-----	----------------

※自立支援医療を同時に申請する場合には、以下の項目も記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	⑨-1	具体的な薬剤名と今後使用予定の薬物名について記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	⑨-2	精神療法等について、具体的な治療や指導内容が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	⑨-2	複数医療機関を指定する場合、医療機関名と具体的な理由が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	⑨-3	訪問看護指示の有無について、チェックがされていますか。
<input type="checkbox"/>	⑩	ICDコードがF4～9の場合、該当する個所にチェックがありますか。 (指定医以外の場合は、3年以上精神医療に従事した期間・所属の記載がありますか。)
<input type="checkbox"/>	その他	入院中の場合、概ね1カ月以内の退院予定の記載がありますか。

※⑩については必須項目ではないため、記載がなくても判定されます。

5 精神保健福祉手帳用診断書の疾患別記載の留意点

◎主たる精神障害における記載時のポイント

○「知的障害（精神遅滞）」の場合

主たる精神障害が「F7 精神遅滞」のカテゴリーで、それ以外の精神症状がない場合は療育手帳（名古屋市の場合は愛護手帳）制度があるため制度対象外。

○「疑い」・「状態」・「急性」の場合

手帳の病名としては不相当であり、原則手帳制度対象外。

例）「急性精神病」「心因精神病」「反応精神病」「急性ストレス反応」「うつ反応」「抑うつ状態」「心因反応」「〇〇病の疑い」 など

○「認知症」の場合

- i) ICDコードがF00～03であること。
- ii) 認知症と診断された経過が記載されていること。
- iii) 認知症以外に情動の障害や行動の障害が記載されていること。

○「精神作用物質使用による精神および行動の障害」の場合

- i) 精神作用物質の種類が記載されていること。
- ii) 「急性中毒（F1X.0）」「有害な使用（F1X.1）」等の病状が消失して障害が残らない病名は対象外。
- iii) 病名を「〇〇の使用による精神および行動の障害」と記載する場合は ICDコードは必ず3桁で記載が必要。
例：「アルコールの使用による残遺性及び遅発性精神病性障害（F10.7）」。→○

○「不安障害」の場合

- i) 「不安障害」の分類がわかる病名で記載されていること。
例：「広場恐怖（F40）」「パニック障害（F41）」「全般性不安障害（F41）」など。
- ii) 特定のできないものについては「不安障害」として3桁のICDコードが記載されていること。
例：「他の恐怖症性不安障害（F40.8）」「不安障害、特定不能のもの（F41.9）」など

○「広汎性発達障害」の場合

- i) 幼少期からの発達に関するエピソードが記載されていること。
- ii) 児童等、生活能力の状態について適切な判断が困難な場合は、他の一般的な同年齢の児童等の生活能力の状態と比較して評価していること。
- iii) 学齢期の場合、就学状況（普通級や特別支援級等の別、学校での支援の状況、適応状況など）について記載されていること。

○「てんかん（G40）」の場合

- i) 内服治療開始時期が記載されていること。
- ii) 長期間の薬物療法における状態であること。
- iii) 内服を開始してから6ヵ月経過後の診断書作成日であること（新規の場合）。
- iv) 発作間欠期に精神症状があり、それが生活能力の状態に影響している場合は、従たる精神障害にFコードによる診断がされていること。
- v) 発作については診断書作成日から過去2年間の状況で記載されていること。
※治療開始から6ヵ月経過時点で診断書を作成する場合は、治療開始から6ヵ月間に起こった発作タイプ、発作頻度、最終の発作年月日の記載がされていること。
- vi) 複数の発作タイプがある場合、その発作のタイプごとに頻度と最終発作年月日が記載されていること。
- vii) 服薬していない状態での発作を発作の回数に含めていないこと。

<てんかんの障害程度判定基準>

等級	発作のタイプ※	発作間欠期の精神神経症状・能力障害
1級	ウ、エの発作が月に1回以上ある場合	他の精神疾患に準ずる
2級	ア、イの発作が月に1回以上ある場合 ウ、エの発作が年に2回以上ある場合	他の精神疾患に準ずる
3級	ア、イの発作が月に1回未満の場合 ウ、エの発作が年に2回未満の場合	他の精神疾患に準ずる

※「発作のタイプ」は以下のように分類する

- 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
- 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

○「高次脳機能障害」の場合

- i) 原因となった疾患名、発症年月日が記載されていること。
- ii) 「器質性健忘症候群（F04）」の場合は記憶障害が主体であること。
- iii) 「脳の損傷及び機能不全ならびに身体疾患によるその他の精神障害（F06）」の場合は注意障害、遂行機能障害が主体であること。
- iv) 「脳の疾患、損傷および機能不全による人格及び行動の障害（F07）」の場合は社会的行動障害が主体であること。
- v) 初診日が発症の原因となった疾患の発症日、又は高次脳機能障害を診断されてから6ヵ月以上経過していること。
- vi) 原疾患発症以降に生じた生活能力の低下に基づき判定されていること。

6 ICD-10 精神および行動の障害 診断カテゴリーのリスト

F0 症状性を含む器質性精神障害

- F00 アルツハイマー<Alzheimer>病の認知症
- F01 血管性認知症
- F02 他に分類されるその他の疾患による認知症
- F03 特定不能の認知症
- F04 器質性健忘症候群, アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの
- F05 せん妄, アルコールおよびその他の精神作用物質によらないもの
- F06 脳損傷, 脳機能不全および身体疾患による他の精神障害
- F07 脳疾患, 脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害
- F09 特定不明の器質性あるいは症状性精神障害

F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害

- F10. — アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害
- F11. — アヘン類使用による精神および行動の障害
- F12. — 大麻類使用による精神および行動の障害
- F13. — 鎮静薬あるいは睡眠薬使用による精神および行動の障害
- F14. — コカイン使用による精神および行動の障害
- F15. — カフェインおよび他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害
- F15. — カフェインによる精神および行動の障害
- F15. — アンフェタミンによる精神および行動の障害
- F15. — その他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害
- F16. — 幻覚剤使用による精神および行動の障害
- F17. — タバコ使用<喫煙>による精神および行動の障害
- F18. — 揮発性溶剤使用による精神および行動の障害
- F19. — 多剤使用および他の精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F1x. 0 急性中毒
- F1x. 1 有害な使用
- F1x. 2 依存症候群
- F1x. 3 離脱状態
- F1x. 4 せん妄をともなう離脱状態
- F1x. 5 精神病性障害
- F1x. 6 健忘症候群
- F1x. 7 残遺性および遅発性の精神病性障害
- F1x. 8 他の精神および行動の障害
- F1x. 9 特定不能の精神および行動の障害

F2 統合失調症, 統合失調型障害および妄想性障害

- F20 統合失調症
- F21 統合失調型障害

- F 2 2 持続性妄想性障害
- F 2 3 急性一過性精神病性障害
- F 2 4 感応性妄想性障害
- F 2 5 統合失調感情障害
- F 2 8 他の非器質性精神病性障害
- F 2 9 特定不能の非器質性精神病

F 3 気分（感情）障害

- F 3 0 躁病エピソード
- F 3 1 双極性感情障害 [躁うつ病]
- F 3 2 うつ病エピソード
- F 3 3 反復性うつ病性障害
- F 3 4 持続性気分（感情）障害
- F 3 8 その他の気分（感情）障害
- F 3 9 特定不能の気分（感情）障害

F 4 神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害

- F 4 0 恐怖症性不安障害
- F 4 1 他の不安障害
- F 4 2 強迫性障害<強迫神経症>
- F 4 3 重度ストレス反応および適応障害
- F 4 4 解離性（転換性）障害
- F 4 5 身体表現性障害
- F 4 8 他の神経症性障害

F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

- F 5 0 摂食障害
- F 5 1 非器質性睡眠障害
- F 5 2 性機能不全，器質性の障害あるいは疾病によらないもの
- F 5 3 産褥に関連した精神および行動の障害，他に分類できないもの
- F 5 4 他に分類される障害あるいは疾病に関連した心理的および行動的要因
- F 5 5 依存を生じない物質の乱用
- F 5 9 生理的障害および身体的要因に関連した特定不能の行動症候群

F 6 成人のパーソナリティおよび行動の障害

- F 6 0 特定のパーソナリティ障害
- F 6 1 混合性および他のパーソナリティ障害
- F 6 2 持続的パーソナリティ変化，脳損傷および脳疾患によらないもの
- F 6 3 習慣および衝動の障害
- F 6 4 性同一性障害

6 ICD-10 精神および行動の障害 診断カテゴリーのリスト

- F 65 性嗜好の障害
- F 66 性の発達と方向づけに関連した心理および行動の障害
- F 68 他の成人のパーソナリティおよび行動の障害
- F 69 特定不能の成人のパーソナリティおよび行動の障害

F 7 精神遅滞 [知的障害]

- F 70 軽度精神遅滞 [知的障害]
- F 71 中等度精神遅滞 [知的障害]
- F 72 重度精神遅滞 [知的障害]
- F 73 最重度精神遅滞 [知的障害]
- F 78 その他の精神遅滞 [知的障害]
- F 79 特定不能の精神遅滞 [知的障害]

F 8 心理的発達の障害

- F 80 会話および言語の特異的発達障害
- F 81 学力の特異的発達障害
- F 82 運動機能の特異的発達障害
- F 83 混合性特異的発達障害
- F 84 広汎性発達障害
- F 88 他の心理的発達の障害
- F 89 特定不能の心理的発達の障害

F 9 小児<児童>期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F 90-F 98) 及び特定不能の精神障害 (F 99)

- F 90 多動性障害
- F 91 行為障害
- F 92 行為および情緒の混合性障害
- F 93 小児<児童>期に特異的に発症する情緒障害
- F 94 小児<児童>期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
- F 95 チック障害
- F 98 小児<児童>期および青年期に通常発症する他の行動および情緒の障害
- F 99 精神障害, 他に特定できないもの

Fコード以外

- G 40 てんかん

名古屋市精神保健福祉センター ころば

〒453-0024 名古屋市中村区名楽町4丁目7-18

TEL : 052-453-2095 FAX : 052-453-2029

E-mail : a4532095@kenkofukushi.city.nnagoya.lg.jp