診断書（精神障害者保健福祉手帳用）
記入に当たっての留意点について

東京都福祉局中部総合精神保健福祉センター

令和８年 10 月

【はしがき】

精神障害者保健福祉手帳の交付の可否及び障害等級の判定は、診断書による申請の場合は書面審査で行い、精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師にご記入いただいた診断書に基づき、（１）精神疾患の存在の確認、（２）精神疾患（機能障害）の状態の確認、（３）能力障害（活動制限）の状態の確認、（４）精神障害の程度の総合判定、というステップを経て行われます。

これらの判定を行うに当たり、診断書の記入漏れが見受けられる場合や、障害の状態等が十分に読み取れない場合は、診断書にご記入いただいた医師に不明事項の確認や疑義照会をさせていただく場合があり、申請者ご本人に手帳を交付するまでの日数を要することにつながることがあります。

また、診断書の内容が十分でないと障害等級の判定に影響を及ぼす場合もあります。

精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たっては、「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、東京都ではその通知等を要約・補足した、この「診断書（精神障害者保健福祉手帳用）記入に当たっての留意点について」を作成いたしましたので、診断書作成の際の参考資料としてご活用いただければ幸いです。

令和８年 10 月

東京都福祉局中部総合精神保健福祉センター

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）
記入に当たっての留意点

○　診断書（精神障害者保健福祉手帳用）の様式

診断書（精神障害者保健福祉手帳用。以下「診断書」といいます。）は、東京都が作成した診断書様式を使用していただき、Ａ３版片面１枚又はＡ４版片面２枚組で提出してください。

Ａ４版片面２枚組で提出する場合には、診断書２枚を並べ、中央部分に医師の印又は医療機関の印で割印を押印してください。

やむを得ず、他道府県が作成した診断書様式を使用いただいた場合は、記載いただいた内容について確認、疑義照会させていただくことがあります。

○　別紙を作成する場合

診断書にご記入いただくことを原則としますが、診断書の記載欄が不足する場合は、別紙をご作成いただいても構いません。

なお、この別紙には、診断書と同様に医師氏名の自筆又は記名捺印をお願いいたします。

○　「氏名、生年月日、年齢、住所」

申請者本人の特定に関わる重要な事項ですので、正確に、記載漏れのないようにしてください。

○　年齢は診断書作成日現在の満年齢を記載してください。

○　住所は障害者手帳申請書と同じ住所（現在の住所）としてください。

※診断書に記載されている氏名・住所が、申請者の書く申請書と異なる場合があるので、申請者等に確認してください。

１　病名

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）

○　「（１）主たる精神障害」及び「（２）従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類に位置づけられるＩＣＤ－１０コードに沿った病名を日本語で記入してください。

　また、「（１）主たる精神障害」に記入する病名は、１病名としてください。複数の精神疾患の診断がある場合は、主病名以外すべて「（２）従たる精神障害」欄に記入してください。

○　「○○疑い」、「○○状態」のような状態名や疑い病名は避けてください。

○　病名と一致するようにＩＣＤ－１０コードを併記してください。

　なお、このＩＣＤ－１０コードは、少なくともアルファベットの後に数字２桁（Ｆ＊＊）まで記載してください。

○　手帳制度が適用される病名のＩＣＤ－１０コードの範囲は、Ｆ００～Ｆ９９（Ｆ７０～Ｆ７９を除く。）及びＧ４０（てんかん）です。

**　Ｆ７（精神遅滞）が主病名の場合は手帳制度の対象となりません。精神遅滞を伴う方が本手帳を申請するときは、必ず他の精神障害が主病名となるようにご記載ください。**

○　「（３）「身体合併症」の欄には、その他の身体障害や疾患が合併する場合に、その障害名、疾患名を記入し、それらの状態や程度については、備考欄に記載してください。

　また、身体合併症に関して身体障害者手帳の有無及び有の場合は等級を記入してください。

２　初診年月日

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。） **※　初診年月日から起算して６か月を経過した日以後における診断書に限ります。原則として、長期間の薬物治療下での判定となりますことに御留意ください。** （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

○　診断書作成日が、「主たる精神障害の初診年月日」又は「診断書作成医療機関の初診年月日」から６か月以上経過していることが明らかでない場合は、手帳を交付することができませんのでご注意ください。

○　「主たる精神障害の初診年月日」は、当該精神障害にかかる症状等を主訴として初めて医師の診療を受けた日（初診日）を記入することにより、診断書が初診日から６か月以上経過した時点のものであることを明らかにし、精

神障害により日常生活又は社会生活への活動制限又は参加制約を受けている期間を明確にするために必ず記入してください。

当該精神疾患について、前医による治療経過がある場合は、前医の初診年月日を記入してください。初診日について、診療録で確認したものか、本人又は家族等の申立てによるものか、どちらかに〇をしてください。

○　「診断書作成医療機関の初診年月日」は、診断書を作成した医療機関において、主たる精神障害で初めて医師の診療を受けた日を、「主たる精神障害の初診年月日」と同じであっても省略せずに記入してください。

また、他の疾患で初めて医師の診療を受けた日を記入しないようにしてください。

○　手帳の判定に当たっては、長期間の薬物治療下における状態で行うことが原則とされ、一旦治療が中断し治療を再開している場合にも、原則として十分な薬物療法を経てから診断書を提出ください。（手帳の判定に当たって、初診から６か月を経ていることとされていることから、一旦、長期間の医療が中断した場合にも再開後概ね６か月としています。ただし、判定に当たっては、疾患及び障害の特性も考慮します。また医療機関が変更となっている際には、治療の継続がわかるように「発病から現在までの病歴及び治療内容等」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内容等

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（別紙可）。** ※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）

○　判定は、精神疾患（機能障害）の状態や能力障害（活動制限）の確認に基づいた精神障害の程度の総合判定となります。そのためには、これまでの病歴や治療経過の外に生活の状況、障害福祉等サービスの利用状況等の様々な情報が有用です。

○　通院歴や入院歴については、継続的な治療が行われていることがわかるように、治療の経過を記載してください。

○　通院歴や入院歴のみの記入ではなく、推定発病年月、前医を含めた受診歴等の「発病状況」、また主たる病名等の診断根拠を示すような、「発達歴」、「初発症状」、「現在までの病歴」、「治療経過」、「治療内容」等のほか、生活状況、社会資源利用状況等を分かりやすく経過に従って具体的に記載してください。

○　更新申請の場合であっても、「前回と同じ」、「不変」などと簡略化せず、前回申請時から今回の診断書作成日までの状況も含めて記載してください。

○　推定発症時期については、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は、出生時を記入してください。

○　「高次脳機能障害」等の「器質性精神障害（認知症を除く。）」の場合は、発症の原因となった疾患名とその発症日をもれなく記入してください。

４　現在の病状・状態像等

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
※　てんかん発作の頻度につきましては、過去２年間の平均で、最終発作時期との整合性に留意して記載してください。
　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（　　）

○　診断書記入時の現症についての記入欄です。この欄には、診断書記入時点のみでなく、おおむね過去２年間に認められ、かつ、おおむね今後２年間に予想される状態を記入してください。

○　現在の病状・状態像等に該当する大項目、小項目の番号をともに○で囲んでください。現在の精神障害の程度の判定に有用な情報となりますので、該当する項目全てを○で囲むようお願いいたします。

「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を具体的に記載してください。

○　（８）てんかん発作等については、おおむね過去２年間における発作の状況について、発作型（イ・ロ・ハ・ニ）を○で囲み、頻度（　回／　月・年）、最終（直近）発作（　年　月　日）を漏れなく全て記入してください。

また、おおむね過去２年間臨床発作が抑制されている場合についても、最終発作の年月日を明記してください。「不詳」と記入する場合も、把握できる範囲の情報を「発病から現在までの病歴及び治療内容等」や「４の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」に記入してください。

（注）・発作型が複数ある場合は、その発作型ごとに、頻度、最終（直近）発作を記入してください。また、頻度は過去２年間の平均で記入してください。

・２年以上発作がなく、また、発作間欠期の症状がない時は、非該当となる場合があります。

【てんかん発作型の分類】
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

○　（９）精神作用物質の乱用及び依存等については、残遺性・遅発性の障害がある場合はその状態像を該当項目に再掲してください。

また、精神作用物質の使用の継続の有無（不使用の場合、いつから使用していないか）についても記載してください。

○　（１０）知能、記憶、学習及び注意の障害で「１　知的障害（精神遅滞）」にチェックをされる場合は、「ア　軽度　イ　中等度　ウ　重度」、「愛の手帳の有・無、等級等」についても記載してください。

５　４の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

５　４の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

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。）

○　診断書記入時の現症についての記入欄です。この欄は、４の欄で選択された病状、状態像等について、診断書記入時点のみでなく、おおむね過去２年間に認められたもの、おおむね今後２年間に予想されるものも含めて具体的に記入してください。

○　精神医学的見地から疾患（機能障害）の状態及び程度を具体的に記載してください。（症状や障害の変動性・周期性の有無とその程度、治療による効果、今後の予後等について記載してください。）

○　当該状態像等を裏付けるため必要な検査やその検査所見及び実施日を記載してください。病状等で検査ができない場合にはその旨も記載してください。

○　精神疾患（機能障害）の状態の判定は、長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則としています。てんかんの発作症状及び精神神経症状の程度の認定も、長期間の薬物治療下における状態で判定することを原則としていますので、その状態について具体的に記載してください。一度治療が終了しての再開や治療中断事例においても、長期間の薬物療法下での判定が求められます（初診からの６か月の経過が求められていることは一つの目安になります。）

６　生活能力の状態

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（該当するもの一つを○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　身辺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　身辺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。
※　（２）欄及び（３）欄は、これまでおおむね２年間に認められ、また、おおむね今後２年間に予想される生活能力の状態も含めて判定し、記載してください。

○　能力障害（活動制限）の状態の確認のために必要な情報の記入欄です。

（１）現在の生活環境

診断書記入時点の状況で、該当する項目を○で囲んでください。

入院については精神科病床に入院している場合として、入所については、「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」に規定された施設に入所している場合として、施設名欄に施設種別、その施設名や医療機関名を記載してください。共同生活援助（グループホーム）、を

利用している場合においては、在宅としてください。在宅生活に当たっては、単身か家族等との同居であるかを必ず記載してください。

精神科病床以外に入院している場合、「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」の施設以外に入所している場合は、「その他」を○で囲み、その種別を記載してください。

（２）日常生活能力の判定・日常生活能力の程度　共通留意事項

・　保護的な環境（例えば、病院に入院しているような状態）ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合、又は入所や在宅で家族と同居であっても支援者や家族がいない状況での状態を想定し、そのような場合での生活能力について、年齢相応の能力で判断し、記載してください。

・　乳幼児・小児の場合は、生活能力の状態は、同年齢の他の一般的な乳幼児・小児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と考えられるかを「６の具体的程度、状態等」「備考欄」等に記載してください。

また、生活能力の判定に当たっても、通常の発達レベル（年齢相応の能力）と比較して生じている能力障害を記入してください。

・　現時点のみでなく、これまでおおむね２年間に認められ、また、おおむね今後２年間に予想される生活能力の状態も含めて判定し該当する項目を選んでください。

・　高次脳機能障害の場合は、現疾患発症以降に生活能力の低下が生じたことを確認してください。

・　「てんかん」については、発作間欠期の状態について記入してください。

（３）日常生活能力の判定

ア～クの各項目について自ら進んでできるかどうか、あるいは適切にできるかどうかについて判定し、それぞれ該当する項目を○で囲んでください。

（４）日常生活能力の程度

日常生活について、「４　現在の病状、状態像等」欄、「５　４の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」欄及び「６（２）日常生活能力の判定」欄と矛盾や不整合のないように留意して、該当する番号を選んで○で囲んでください。

なお、身体障害、知的障害及び身体的疾患によって生じていると考えられる日常生活上の支障については、障害等級の判断に加味されませんので、精神疾患に基づく日常生活能力の障害についてのみ考慮して該当する項目を選択してください。

（注）生活能力の具体的な状態像については、「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の留意事項」（（平成７年９月 12 日健医精発第 45 号厚生省保健医療局精神保健課長通知　令和２年４月１日障精発 0401 第１号最終改正）を参考にしてください。

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shisetsu/jigyosyo/chusou/fukushitecho/techo_iryokikan

７　６の具体的程度、状態等

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（　　）

○　「６　生活能力の状態」で判断された各項目の日常生活能力の障害（活動制限）程度及び日常生活・社会生活の状態について、具体的に（※）記載してください。

※　どの程度できないか、どのような援助を要する状態か、誰がどの程度援助して生活しているのか（援助の内容や援助の頻度等）、学校の支援体制（通級・特別支援学校の利用有無、加配職員等）

※　家族等との同居があれば、具体的な支援の内容、また同居がない場合でも知人の支援や障害福祉等サービスの利用があれば、その具体的援助の内容について記載ください。

※　上記について記載いただくことで、保護的な環境（例えば、病院に入院しているような状態）ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合、又は入所や在宅で家族と同居であっても支援者や家族がいない状況における評価の根拠をご記載ください。

○　就労状況について該当項目を○で囲み、その他については具体的に記載してください。職場の配慮についても記載してください。

８　現在の障害福祉等サービスの利用状況

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

○　日常生活、就学、就労等の場面において、現に受けている障害福祉等サービスや援助があれば、どのようなサービスや援助（援助の種類や提供者）をどの程度（援助の量）受けているかについて、「６の具体的程度、状態等」もしくは「備考欄」に具体的に記載してください。

〔記載例〕　地域活動支援センターに週１回通所し、スポーツ、軽作業（部品組立て等）の活動に参加している。

○　サービスの利用がなければ「利用なし」と記入してください。

９　備考

９　備考

○　１～８欄の記載事項の外に精神障害の程度の判定の参考になる事項があれば記載してください。

○　日付、医療機関コード、医療機関所在地、名称、電話番号、医師氏名

年　月　日　医療機関コード 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）	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＞ ・自立支援医療（該当・非該当） ・重度かつ継続（該当・非該当）

○　日付は、診断日を記載してください。「２　初診年月日」に記載された初診年月日から６か月以上経過していることを確認してください。

○　診断書の内容につきまして、確認、疑義照会させていただくこともありますので、医療機関の所在地、名称、電話番号、診療科名を必ず記載してください。

○　医師氏名については、診断医の氏名を記載するものとし、自署の場合は押印不要ですが、印字やゴム印等を用いた場合は、３枚とも押印してください。

○　医療機関コードをご確認の上、必ず記載してください。