第４号様式（第３条関係）
（第１片）

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　令　年　月　日生
住　　所		

氏名・生年月日・住所は正確に記載してください。

病名と ICD コードは一致していますか。ICD コードは必ず記載してください。なお、コードは３桁（F××、G××）で記載してください。

１　病名
（ＩＣＤコードは、Ｆ００～Ｆ９９、Ｇ４０れかを記載してくださ

ＩＣＤコード（　　）

ＩＣＤコード（　　）

身体障害者手帳（有・無、種別　級）

国際疾病分類に位置付けられる病名を記載してください。なお、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。急性一過性精神病,適応障害等に関しては、診断される期間が限定されていますので留意ください。

２　初診年月日（前医がある場合、前医が初めて診断した日

※　初診年月日から起算して６か月を経過した日以後におい
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

（２）　診断書作成医療機関の初診年月日　　年　月

前医があれば前医の初診年月日を記載してください。手帳の適否は初診日から６か月以上経過した時点の診断書によるものとされています。治療中断後の再開の場合、原則として、長期間※の薬物治療下で記載した診断書を御提出ください。
※初診時からの期間を参考に概ね６か月程度を想定

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）。**

「主たる精神障害」の診断の根拠が読み取れる経過、前医を含めた受診歴等の発病から現在までの病歴、治療経過、治療内容などがわかるように詳細に記載してください。更新の場合でも「前回と同じ」「不変」とせず、記載してください。

※器質性精神障害（認知症を除く。）の場合、発症の原因となる
（疾患名

病名が器質性精神障害の場合に記入してください。

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
　１てんかん発作　発作型（イ・ロ・ハ・ニ）頻度（　回／月
　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
　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（　　）

該当箇所に○をつけてください。
その他を選択された場合は、（　　）内も記入してください。

病名がてんかんである場合は、発作型、頻度・最終発作日を、また複数発作がある際には、発作ごとの発作型と頻度について、必ず記載してください。

※　４欄及び５欄は、診断書記入時点のみではなく、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詳しく記載してください。

（日本産業規格Ａ列４番）

A4 版　２枚で提出される際には割り印を押してください。

（第２片）

□　原本手帳申請時に添付（自立支援医療と同時）

氏名（　　）

５　４の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

４欄において〇で囲んだ、症状・状態像等を具体的に記載してください。

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。）

当該の状態像を裏付ける検査やその所見、実施日等を記載してください。

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（該当するもの一つを〇で囲んでください。）

※　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　どちらかに必ず〇をお付けください。　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

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該当する項目を選択してください。（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。）
てんかんの場合は、発作間欠期の状態で判断して記載してください。

（３）　日常生活能力の程度（該当する番号を選んで、どれか一つを〇で囲んでください。）

※　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。

７　６の具体的程度、状態等

６欄について、日常生活能力の状態（活動制限）の程度及び社会生活の状態について具体的(特にア,イ,ウ,カを中心)に記載してください。

※　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　　い。）

※（１）～（３）については「障害者の日常生

（１）自立訓練（生活訓練）（２）共同生活

（４）その他の障害福祉サービス（５）訪問

現に受けている障害福祉等サービスがあれば、該当するものに〇をつけて、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、7,9 欄等も利用し、具体的に記載してください。

９　備考

１～８欄の記載事項の他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。

年　　月　　日　医療機関

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）

初診年月日から６か月が経過していますか。
診断書の有効期間は３か月以内です。

必ず記載してください。医師氏名は自筆又は記名捺印が必要になります。

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）

※　Ａ４版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割印をしてください。

（日本産業規格Ａ列４番）