

精

診断書

(精神の障害用)

氏名			明治 大正 昭和 平成	年	月	日生(歳)	男・女
住所	住所地の郵便番号			郡市区	町 村区	本人の発病 時の職業	
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日		昭和 平成	年	月	日	④ 既存 障害
	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成	年	月	日	⑤ 既往症
⑥ 傷病が治った(症状が固定した状態を含む。)かどうか。		治った日…平成	年	月	日	確認 推定	症状の良くなる見込…有・無・不明
⑦ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、就学・就労状況等、期間、その他参考となる事項	陳述者の氏名		請求人との続柄		聴取年月日 年 月 日		
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)							
⑨ 障害と関連があると考えられる発育・養育歴等 ア 発育・養育歴		イ 教育歴(最終学歴)		ウ 職歴			
エ 治療歴(書ききれない場合は⑬「備考」欄に記入してください。)							
医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法		転帰(軽快・悪化・不変)	
	年 月～ 年 月	入院・外来					
	年 月～ 年 月	入院・外来					
	年 月～ 年 月	入院・外来					
	年 月～ 年 月	入院・外来					
	年 月～ 年 月	入院・外来					
	年 月～ 年 月	入院・外来					
⑩ 障害の状態(平成 年 月 日 現症)							
ア 現在の病状又は状態像(該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)				イ 左記の状態についてその程度・症状を具体的に記載してください。			
I. 抑うつ状態 1 思考・運動制止 2 刺激性、興奮 3 憂鬱気分 4 自殺企図 5 希死念慮 6 その他()							
II. そう状態 1 行為心拍 2 多弁・多動 3 感情昂揚・刺激性 4 思考奔逸 5 易怒性・被刺激性亢進 6 誇大性 7 その他()							
III. 幻覚妄想状態等 1 幻覚 2 妄想 3 させられ体験 4 思考形式の障害 5 著しい奇異な行為 6 その他()							
IV. 精神運動興奮状態及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶・拒食 4 減裂思考 5 衝動行為 6 自傷 7 無動・無反応 8 その他()							
V. 分裂病等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他()							
VI. 意識障害・てんかん 1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他() ※てんかん発作の状態 1 てんかん発作のタイプ [] 2 てんかん発作の頻度(年間 回、月平均 回、週平均 回 程度) 3 その他()							
VII. 知能障害 A 精神遅滞 1 軽度 2 中程度 3 重度 4 最重度 B 痴呆 1 軽度 2 中程度 3 重度 4 その他症状等()							
VIII. 人格変化 1 欠陥状態 2 無関心 3 無為 4 その他()							
IX. 乱用、依存等(薬物等名) 1 乱用 2 依存 3 離脱							
X. その他()							

(お願い) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

<p>ウ. 日常生活状況</p> <p>1. 家庭及び社会生活についての具体的な状況 (ア)現在の生活環境 (該当するもの1つを○で囲んでください。) 入院・入所 (施設名) ・在宅・その他 () 同居者の有無 (有 ・ 無) (イ)全般的状況 (家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。)</p> <p>2. 日常生活能力の判定 (該当するもの1つを○で囲んでください。)</p> <p>(1) 適切な食事摂取 a 自発的にできる b 自発的にできるが援助が必要 c 自発的にはできないが援助があればできる d できない</p> <p>(2) 身の清潔保持 a 自発的にできる b 自発的にできるが援助が必要 c 自発的にはできないが援助があればできる d できない</p> <p>(3) 金銭管理と買物 a 適切にできる b 概ねできるが援助が必要 c 自発的にはできないが援助があればできる d できない</p> <p>(4) 通院と服薬 (要 ・ 不要) a 適切にできる b 概ねできるが援助が必要 c 自発的にはできないが援助があればできる d できない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 a 適切にできる b 概ねできるが援助が必要 c 自発的にはできないが援助があればできる d できない</p> <p>(6) 身の安全保持及び危機対応 a 適切にできる b 概ねできるが援助が必要 c 自発的にはできないが援助があればできる d できない</p> <p>(7) その他</p> <p>(注) ・援助とは、助言、指導をいい、身体介助を含まない。 ・本人の一人暮らしを想定して記入してください。</p>	<p>3. 日常生活能力の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)</p> <p>(1) 精神障害 (病的体験・残遺症状・痴呆・精神遅滞・性格変化等をいう。)を認めるが、社会生活は普通にできる。</p> <p>(2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。</p> <p>(3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。</p> <p>(4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。</p> <p>(5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の介護が必要である。</p> <p>エ 社会復帰施設、グループホーム、作業所等の利用状況、期間等</p> <p>オ 在宅支援 (訪問看護等) の利用状況</p> <p>カ 身体所見 (神経学的所見を含む。)</p> <p>キ 臨床検査 (心理テスト (知能障害の場合には、知能指数又は精神年齢) を含む。)</p>
<p>⑪ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)</p>	
<p>⑫ 予 後 (必ず記入してください)</p>	
<p>⑬ 備 考</p>	

(精神保健指定医 号)

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

記入上の注意

1 この診断書は、必ず傷病の性質上、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。

2 この診断書は、高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の認定を受けようとする者が、その申請書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日 (その期間内に治ったときは、その日) において、高齢者の医療の確保に関する法律施行令別表に該当する程度の障害の状態にあるかどうかを証明する。

3 ③欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、本人の申し立てによって記入してください。

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。) なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) 知能障害の場合には、知能指数 (又は精神年齢) を、⑩欄の「キ 臨床検査」の欄に記入してください。

意見書

		市 町 村 名	富 山 市
傷病名		氏名	
			年 月 日 生 (歳)

審査	高齢者の医療の確保に関する法律施行令別表第16号に	<input type="checkbox"/> 該当する
		<input type="checkbox"/> 該当しない

別添診断書のとおり、上記の状態にあると認めます。

平成 年 月 日

病院の名称

所在地

診療担当課名

医師氏名

Ⓜ