

精神障害者保健福祉手帳用 診断書 記載要領

① 病名

- ・手帳の交付を求める精神疾患の病名を記載してください。
- ※ 国際疾病分類 ICD-10 に沿った病名を記載し、状態像だけの病名はさけてください。
- ※ 知的障害については、療育手帳制度があるため対象には含まれません。
- ※ アルコール依存症は、アルコールの乱用、依存のみでは手帳の対象となりません。残遺症状等の精神神経症状があり、そのために長期にわたり日常生活に支障があることが条件となります。
- ※ ICDコードは、病名と対応する F00～F99、G40 のいずれかを F 又は G を含む 3 桁以上で記載してください。
- ※ てんかんについては、精神症状を有するてんかんについては F コードを、精神症状のないてんかんについては、G40 を記載してください。

② 初診年月日

- ・手帳の交付を求める精神疾患について、初めて医師の診療を受けた日（初診日）の記載で、診断書が初診日から 6 箇月以上経過した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制約を受けている期間を明確にしてください。その精神疾患について、前医がある場合には、前医の初診日を記載してください。前医の初診日を確認することは困難なこともありますが、このような場合には、問診により記載してください。

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、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載してください。治療経過の記載にあたっては、直近 6 箇月以上の継続した治療（通院・服薬・訓練・検査等）状況を含めて記載してください。

④ 現在の病状、状態像等

- ・診断書記入時の現症についての記載欄です。この欄には、診断書記入時点のみではなく、概ね過去 2 年間に認められたもの、概ね今後 2 年間に予想されるものも含めて記載してください。該当する状態像及び症状の項目を○で囲んでください。

（参考） てんかんについて、精神障害者保健福祉手帳用診断書によって障害の程度を判定する場合、手帳交付の対象となる発作の型や頻度は次のとおり分類されていますので、該当する型及び頻度を記載してください。なお、投薬等により発作が抑制されている場合は、手帳交付の対象とはなりません。（精神症状を有する F コードのてんかんの場合は、他の精神疾患に準じて障害の程度が判定されます。）

てんかん発作の分類	等級	発作のタイプ
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	1 級程度	ハ. ニの発作が月に 1 回以上ある場合
	2 級程度	イ. ロの発作が月に 1 回以上ある場合 ハ. ニの発作が年に 2 回以上ある場合
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	3 級程度	イ. ロの発作が月に 1 回未満の場合 ハ. ニの発作が年に 2 回未満の場合

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

- ・現在の疾患（機能障害）の状態を具体的に記載してください。

⑥ 生活能力の状態

1 現在の生活環境

- ・診断書記入時点での状況を○で囲んでください。また、施設などに入所している場合には、施設名を記入してください。

2 日常生活能力の判定

- ・(1)～(8)のそれぞれの項目について該当するものを○で囲んでください。
- ・現時点のみでなく、これまで概ね 2 年間に認められ、また、概ね今後 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。

3 日常生活能力の程度

- ・(1)～(5)のうち該当するものを○で囲んでください。
- ・現時点のみでなく、これまで概ね 2 年間に認められ、また、概ね今後 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

- ・①病名 (1) 主たる精神障害に伴う日常生活における不具合について具体的に記載してください。
- ※手帳等級判定の際に重要な項目となりますので、患者の個別性に配慮し、できるだけ詳しく、具体的に記載してください。

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

- ・該当する方を必ずチェック (☑) してください。「利用あり」にチェックした場合は、現在利用しているサービス等を○で囲んでください。その他があればご記入ください。

⑨ 自立支援医療費（精神通院医療）と同時に申請する場合の「重度かつ継続」に関する意見

- ・自立支援医療費（精神通院医療）と同時に申請する場合にご記入ください（手帳のみ申請する場合は記載不要です）。
- ・①病名 (1) 主たる精神障害の ICDコードが F40～F99 で、「重度かつ継続（高額治療継続者）」の申請をする場合は、「該当」にチェック (☑) し、医師の経歴を記載してください。
- ※医師の経歴は、「精神保健指定医」または、「精神科・心療内科等での 3 年以上の経歴」を具体的に記載してください。
- ・「重度かつ継続」に該当しない場合は、「非該当」にチェック (☑) してください。

⑩ 備考

- ・①～⑨欄の記載事項の他に精神障害の程度の総合判定に参考になると思われることがあれば、本欄に記載してください。

空欄のないよう、すべて記載してください。