

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(精神障害用)									
(ふりがな)									
① 氏 名				男・女	② 生 年 月 日	平成 年 月 日			
③ 住 所					④ 障害の原因と なった傷病名				
⑤ 傷 病 発 生 年 月	主な精神障害 平成 年 月 合併精神障害 平成 年 月 合併身体障害 平成 年 月				⑥ 合 併 症	精神障害 身体障害			
⑦ ④のためはじ めて医師の診 断を受けた日	平成 年 月 日				⑧ 将 来 再 認 定 の 要	有 ( 年後 ) ・ 無			
⑨ 現病歴(陳述者より聴取)					陳述者の氏名		患者との続柄		
ア 発病以来の 病状と経過		イ 発病以来の治療歴 (病院名)		(治療期間)	(入院・外来別)		(主な療法)		(転帰)
		(ア)		年 月 ～ 年 月	入 入 ・ 外				
		(イ)		年 月 ～ 年 月	入 入 ・ 外				
		(ウ)		年 月 ～ 年 月	入 入 ・ 外				
		(エ)		年 月 ～ 年 月	入 入 ・ 外				
⑩ これまでの発育・ 養育歴等(出生 から発育の状況 や教育歴を陳述 者より聴取の上、 できるだけ詳しく 記入してくださ い。)		ア 発育・養育歴			イ 教育歴 乳児期 不就学 ・ 就学猶予 小学校(普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校) 中学校(普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校) 高 校(普通学級 ・ 特別支援学校) その他				
障害の状態(平成 年 月 日現症)									
現 症	現在の病状又は状態像					左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記入してください。			
	⑪ 知 能 障 害	1 知的障害 知能指数又は発達指数( IQ・DQ ) テスト方式( ) テスト不能 判 定 ( 最重度 ・ 重度 ・ 中度 ・ 軽度 ) 判定年月日 ( 平成 年 月 日 ) 2 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害 3 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 4 その他( )							
	⑫ 発 達 障 害 関 連 症 状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他( )							
	⑬ 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 ・ てんかん発作のタイプ( ) ・ てんかん発作の頻度((年間 ・ 月 ・ 週) 回程度)							
	⑭ 精 神 症 状	1. 幻覚 2. 妄想 3. 自閉 4. 無為 5. 感情の平板化 6. 不安 7. 恐怖 8. 強迫行為 9. 思考障害 10. 心気症 11. 中毒嗜癖 12. うつ状態 13. そう状態 14. その他( )							
	⑮ 問 題 行 動 及 び 習 癖	1. 興奮 2. 暴行 3. 多動 4. 拒絶 5. 自殺企画 6. 自傷 7. 破衣 8. 不潔 9. 放火・弄火 10. 器物破壊 11. 徘徊・浮浪 12. 盗み 13. 性的逸脱行動 14. 排泄の問題 (尿失禁、便失禁、便こね、その他) 15. 食事の問題 (拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16. その他 ( )							
⑯ 性 格 特 徴									

現 症	⑮ 日常生活能力の程度	1. 食事 (全介助・半介助・自立)	5. 入浴 (全介助・半介助・自立)
		2. 洗面 (全介助・半介助・自立)	6. 危険物 (全くわからない 特定の物、場所はわかる 大体わかる)
		3. 排泄 (おむつ必要 おむつ不要 全介助・半介助・自立)	7. 睡眠 (夜ねむらずさわぐ 時々不眠、ねぼける 問題なし)
		4. 衣服 (脱げない・着れない ボタン不能・自立)	
		上記の内容を具体的に記載して下さい。	
⑯ 要注意度	1. 常に嚴重な注意を必要とする      2. 随時一応の注意を必要とする      3. ほとんど必要ない		
⑰ 備考			
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 所      在      地 診療担当科名      医師氏名      ㊞			
◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。 ◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。			
参考事項		判定結果	
新規認定	身体障害者手帳 障害名      級      項 有・無      級      項	該当	別表第1第      号に該当
再認定	療育手帳      A      B 有・無      最重度・重度      中度・軽度	非該当	(理由)      認定基準に適合しない 診断書記載内容が不備
地域振興局 (担当 姓・職) 社会福祉事務所		上記のとおり判定する 平成      年      月      日      ㊞	

## 記入上の注意

- この診断書は、障害児福祉手当・福祉手当の受給資格を認定するための資料の一つです。  
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定がおそくなることがありますので、できるだけ詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんでください。また、記入する欄 (      ) は具体的に詳しく記入してください。なお、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。
- ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病についてはじ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、障害者本人又はその父母等の申し立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- ⑪から⑮までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑪の欄に記入してください。
- ⑯の欄は、⑪から⑮までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて、該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所または知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要がありません。