

令和5年9月

## 診断書（精神障害者保健福祉手帳用）の記載方法について（第6版）

和歌山県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）を作成する際の注意点は以下のとおりです。  
なお、「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日健医精発第45号）も参照ください。

### 1 「氏名、生年月日、年齢、住所」

正確に記載してください。

「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」は現在の住所を記載してください。

### 2 「① 病名」

(1)「主たる精神障害」、(2)「従たる精神障害」の病名は、ICD-10に沿った精神疾患名を記載してください（ICDコードも必ず記載してください）。

※対象の ICD コード 精神障害 F00～F99（F7を除く）

てんかん G40

※F7 精神遅滞は精神障害者保健福祉手帳の対象外です。他の精神障害がある場合は、その精神障害が主病名となります。

「身体合併症」欄には、精神障害と関連する病名を記載してください。

### 3 「② 初診年月日」

「主たる精神障害の初診年月日」は、主たる精神障害を最初に診察した病院の初診日を記載してください（前医による治療経過がある場合は、前医の初診日となります）。

初診日から6月を経過した日以後に作成された診断書が、判定の対象です。

「診断書作成医療機関の初診日」は、「主たる精神障害」における診断書作成医療機関の初診日を記載してください。

「診断書作成医療機関の初診日」は、「主たる精神障害の初診年月日」より過去になることはありません。「診断書作成医療機関の初診日」は、診断書を作成した医療機関において、主たる精神障害に記載された病名で最初に診断された年月日を記載するので、「主たる精神障害の初診年月日」と同日になることはあっても、過去になることはありません。

#### 4 「③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容」

精神科受診歴（医療機関名、治療期間、入院・通院の別、転帰等）を含む、発病から診断書作成日までの病歴を順に記載してください。

診断書作成医療機関の初診日から6か月経過していない場合、前医の医療機関名を記載してください。

#### 5 「④ 現在の病状・状態像等」

過去2年間から今後2年間に予想される病状をすべて○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を記載してください。

「てんかん」の場合、「発作型」「頻度」「最終発作年月日」を必ず記載してください。

「アルコール依存症」の場合、「依存」以外に該当する病状、状態像等の項目を○で囲んでください。

#### 6 「⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等」

④の欄で選択された病状等について、具体的に記載してください。

申請者の精神疾患（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が原則です。

#### 7 「⑥ 生活能力の状態」

##### (1) 現在の生活環境

該当する項目を○で囲んでください。

「入所」されている場合、施設名を記載してください。

在宅の場合、「ア単身」・「イ家族等と同居」のどちらかを○で囲んでください。

##### (2) 日常生活能力の判定

(1) から (8) までの項目について漏れなく判定してください。

判定は、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。

現時点のみでなく、概ね過去2年に認められたもの及び概ね今後2年間に予想されるものを含め、該当する項目を選んでください。

保護的環境ではなく、単身生活を想定し判定してください。

年齢相応の能力と比較した上で判定をしてください。

てんかんのみの場合、発作間欠期の状態で判断してください。

##### (3) 日常生活能力の程度

現時点のみでなく、概ね過去2年に認められたもの及び概ね今後2年間に予想されるものを含め、該当する項目を選んでください。

てんかんのみの場合、発作間欠期の状態で判断してください。

**8 「⑦ ⑥の具体的程度、状態等」**

(身体障害、知的障害に起因するものを除く) 精神障害による日常生活上の障害について、具体的に記載してください。

**9 「⑧ 現在の障害福祉等サービスの利用状況」**

現に利用している障害福祉サービス等があれば、どのようなサービスをどれくらいの頻度で利用しているか具体的に記載してください。

**10 「診断書作成日、医療機関の名称等」**

初診日から6月を経過した日以後に作成された診断書が、判定の対象です。

診断書の内容について照会をする場合がありますので、医療機関の名称、所在地、電話番号、診療担当科名、医師氏名を記載してください。

**11 「※自立支援医療（精神通院医療）と同時に申請される場合は、下記の欄を必ずご記入ください。」欄**

**「(1) 現在の治療内容」**

「1投薬内容」欄は、支給認定を受けようとする投薬内容について、具体的な薬剤名、用法用量等を日本語で略さずに記載してください。(点滴、注射を含みます。)

**「2精神療法等」**

薬物療法以外の精神療法等の治療内容を具体的に記載してください。

**「3訪問看護指示の有無」**

訪問看護に支給認定を受けるためには、訪問看護の指示が必要です。訪問看護指示の有無を○で囲み、訪問看護事業者等に依頼した場合は、依頼先の訪問看護事業者等の名称を記載してください。また、当該精神障害に対する訪問看護が必要な医学的理由も記載してください。

**「4デイケア指示の有無」**

デイケアに支給認定を受けるためには、デイケアの指示が必要です。デイケア指示の有無を○で囲み、依頼先の医療機関名を記載してください。また、当該精神障害に対するデイケアが必要な医学的理由も記載してください。

**「(2) 今後の治療方針」**

自立支援医療による治療継続の適否の判定に必要です。治療目標とそのための手段を具体的に記入してください。

**「「重度かつ継続」に関する意見」**

主たる精神障害がICDコードのF00～F39及びG40以外の場合(F40～F99の場合)にのみ、(3)、(4)について記入してください。

## 12 共通事項

全ての欄に記入があること。

※空欄があると記載漏れと判断されます。該当がない場合はその旨を記載してください。

記載された事項に食い違いがないこと。

※③欄に「入院中」と記載があり、⑥-1欄には、「在宅 イ家族等と同居」等に○がある誤記入があります。

二重線で訂正する場合は、診断書作成医師の訂正印があること。

※訂正印がないと診断書作成医師が修正を加えたものなのかわからないので、訂正する場合は診断書作成医師の訂正印を押印してください。