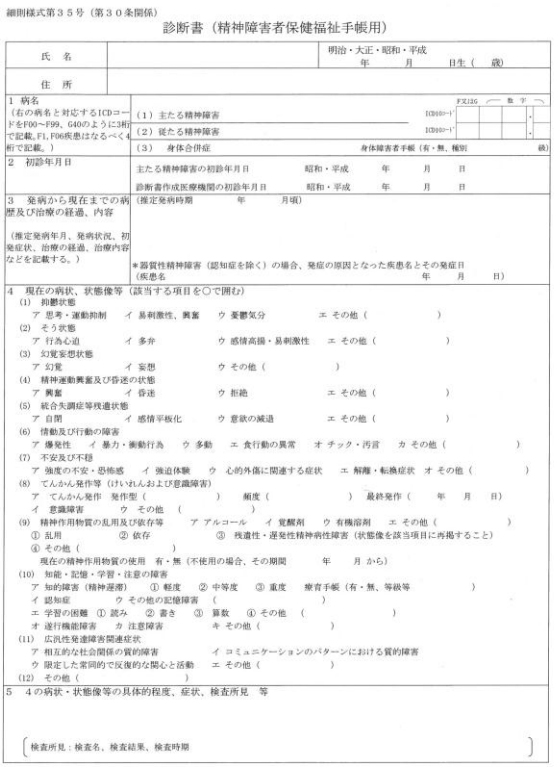
①手帳のみ申請する場合　　は記入不要です



細則様式第３５号（第３０条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏　名	明治・大正・昭和・平成　年　月　日生（　歳）
住　所	

1　病名（右の病名と対応するICDコードをF00～F99、G40のように3桁で記載、F1、F06疾患はなるべく4桁で記載。）
（1）主たる精神障害　ICD10-[　]
（2）従たる精神障害　ICD10-[　]
（3）　身体合併症　　身体障害者手帳（有・無、種別　　級）

2　初診年月日
主たる精神障害の初診年月日　昭和・平成　年　月　日
診断書作成医療機関の初診年月日　昭和・平成　年　月　日

3　発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容
（推定発病時期　年　月頃）
（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する。）
＊器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日
（疾患名　　年　月　日）

4　現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）
（1）抑鬱状態
ア 思考・運動抑制　イ 易刺激性、興奮　ウ 萎靡気分　エ その他（　）
（2）そう状態
ア 行為心迫　イ 多弁　ウ 感情高揚・易刺激性　エ その他（　）
（3）幻覚妄想状態
ア 幻覚　イ 妄想　ウ その他（　）
（4）精神運動興奮及び昏迷の状態
ア 興奮　イ 昏迷　ウ 拒絶　エ その他（　）
（5）統合失調症等残遺状態
ア 自閉　イ 感情平板化　ウ 意欲の減退　エ その他（　）
（6）情動及び行動の障害
ア 爆発性　イ 暴力・衝動行為　ウ 多動　エ 食行動の異常　オ チック・汚言　カ その他（　）
（7）不安及び不穏
ア 強度の不安・恐怖感　イ 強迫体験　ウ 心的外傷に関連する症状　エ 解離・転換症状　オ その他（　）
（8）てんかん発作等（けいれんおよび意識障害）
ア てんかん発作　発作型（　）　頻度（　）　最終発作（　年　月　日）
イ 意識障害　ウ その他（　）
（9）精神作用物質の乱用及び依存等　ア アルコール　イ 覚醒剤　ウ 有機溶剤　エ その他（　）
① 乱用　② 依存　③ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること）
④ その他（　）
現在の精神作用物質の使用　有・無（不使用の場合、その期間　年　月から）
（10）知能・記憶・学習・注意の障害
ア 知的障害（精神遅滞）　① 軽度　② 中等度　③ 重度　療育手帳（有・無、等級等　）
イ 認知症　ウ その他の記憶障害（　）
エ 学習の困難　① 読み　② 書き　③ 算数　④ その他（　）
オ 遂行機能障害　カ 注意障害　キ その他（　）
（11）広汎性発達障害関連症状
ア 相互的な社会関係の質的障害　イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害
ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動　エ その他（　）
（12）その他（　）

5　４の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見　等
（検査所見：検査名、検査結果、検査時期）

6　生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）
（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○で囲む）
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、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 ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ 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・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・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 社会的手続や公共施設の利用　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、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
（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○で囲む）
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。

7　６の具体的程度、状態等（就労・就学・家庭生活の状況等）

8　現在の障害福祉等のサービスの利用状況
□ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に規定する自立訓練（生活訓練）
□ 共同生活援助（グループホーム）
□ 居宅介護（ホームヘルプ）　□ 訪問指導
□ 生活保護　□ その他の障害福祉サービス（　）

9　備考
自立支援医療費（精神通院）同時申請の場合は、以下についても記入してください。
1　現在の治療内容
（1）投薬の有無　（ 有 ・ 無 ）内容〔　〕
（2）精神療法の有無　（ 有 ・ 無 ）内容〔　〕
（3）訪問看護指示の有無　（ 有 ・ 無 ）
（4）他医療機関への通院の有無　（ 有 ・ 無 ）→「有」の場合　医療機関名
内容　□ デイケア　□ カウンセリング　□ その他（　）
2　今後の治療方針
〔　〕
3　重度かつ継続　□ 該当　□ 非該当　（重度かつ継続の要件は裏面を参照）

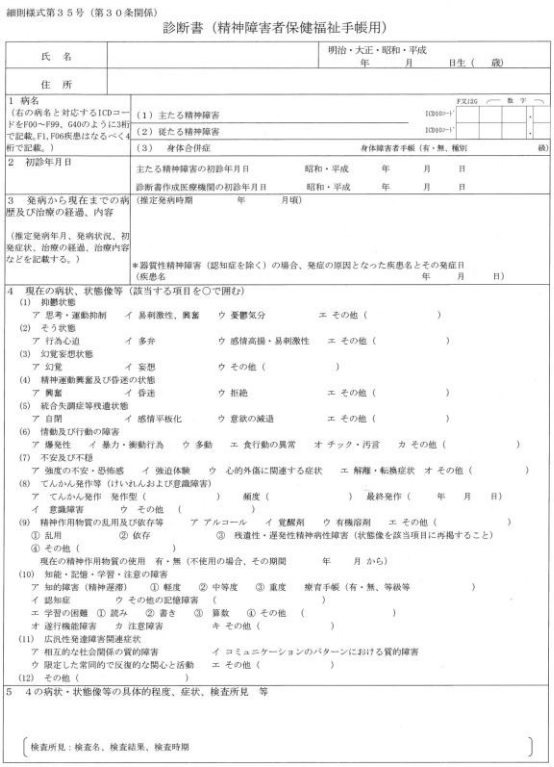
上記のとおり、診断します。
平成　年　月　日
医療機関の名称
医療機関所在地
電　話　番　号
診療担当科名
医師氏名（自署又は記名押印）

※自立支援医療費（精神通院）同時申請で、「3　重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害が平40～平99の場合は医師の略歴を（精神医療に3年以上従事した経験を有することがわかるように）記載すること
□ 精神保健指定医
□ 精神保健指定医ではない（下記に精神医療従事歴を記載）
精神科：　年　月　日～　年　月　日勤務
その他：　年　月　日～　年　月　日勤務
主に診察した疾患名（　）

※手帳判定　1　2　3　非該当

注　意　用紙の大きさは、日本工業規格A列３番とします。

②手帳と自立支援医療費（精神通院）を同時申請する場合
●すべての欄について記入してください
●「様式第3号 重度かつ継続に関する意見書」の添付は不要です



細則様式第３５号（第３０条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

氏　名	明治・大正・昭和・平成　年　月　日生（　歳）
住　所	

1　病名（右の病名と対応するICDコードをF00～F99、G40のように3桁で記載、F1、F06疾患はなるべく4桁で記載。）
（1）主たる精神障害　ICD10-[　]
（2）従たる精神障害　ICD10-[　]
（3）　身体合併症　　身体障害者手帳（有・無、種別　　級）

2　初診年月日
主たる精神障害の初診年月日　昭和・平成　年　月　日
診断書作成医療機関の初診年月日　昭和・平成　年　月　日

3　発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容
（推定発病時期　年　月頃）
（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する。）
＊器質性精神障害（認知症を除く）の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日
（疾患名　　年　月　日）

4　現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む）
（1）抑鬱状態
ア 思考・運動抑制　イ 易刺激性、興奮　ウ 萎靡気分　エ その他（　）
（2）そう状態
ア 行為心迫　イ 多弁　ウ 感情高揚・易刺激性　エ その他（　）
（3）幻覚妄想状態
ア 幻覚　イ 妄想　ウ その他（　）
（4）精神運動興奮及び昏迷の状態
ア 興奮　イ 昏迷　ウ 拒絶　エ その他（　）
（5）統合失調症等残遺状態
ア 自閉　イ 感情平板化　ウ 意欲の減退　エ その他（　）
（6）情動及び行動の障害
ア 爆発性　イ 暴力・衝動行為　ウ 多動　エ 食行動の異常　オ チック・汚言　カ その他（　）
（7）不安及び不穏
ア 強度の不安・恐怖感　イ 強迫体験　ウ 心的外傷に関連する症状　エ 解離・転換症状　オ その他（　）
（8）てんかん発作等（けいれんおよび意識障害）
ア てんかん発作　発作型（　）　頻度（　）　最終発作（　年　月　日）
イ 意識障害　ウ その他（　）
（9）精神作用物質の乱用及び依存等　ア アルコール　イ 覚醒剤　ウ 有機溶剤　エ その他（　）
① 乱用　② 依存　③ 残遺性・遅発性精神病性障害（状態像を該当項目に再掲すること）
④ その他（　）
現在の精神作用物質の使用　有・無（不使用の場合、その期間　年　月から）
（10）知能・記憶・学習・注意の障害
ア 知的障害（精神遅滞）　① 軽度　② 中等度　③ 重度　療育手帳（有・無、等級等　）
イ 認知症　ウ その他の記憶障害（　）
エ 学習の困難　① 読み　② 書き　③ 算数　④ その他（　）
オ 遂行機能障害　カ 注意障害　キ その他（　）
（11）広汎性発達障害関連症状
ア 相互的な社会関係の質的障害　イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害
ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動　エ その他（　）
（12）その他（　）

5　４の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見　等
（検査所見：検査名、検査結果、検査時期）

6　生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する）
（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○で囲む）
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、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 ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ 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・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・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 社会的手続や公共施設の利用　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、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
（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○で囲む）
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。

7　６の具体的程度、状態等（就労・就学・家庭生活の状況等）

8　現在の障害福祉等のサービスの利用状況
□ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）に規定する自立訓練（生活訓練）
□ 共同生活援助（グループホーム）
□ 居宅介護（ホームヘルプ）　□ 訪問指導
□ 生活保護　□ その他の障害福祉サービス（　）

9　備考
自立支援医療費（精神通院）同時申請の場合は、以下についても記入してください。
1　現在の治療内容
（1）投薬の有無　（ 有 ・ 無 ）内容〔　〕
（2）精神療法の有無　（ 有 ・ 無 ）内容〔　〕
（3）訪問看護指示の有無　（ 有 ・ 無 ）
（4）他医療機関への通院の有無　（ 有 ・ 無 ）→「有」の場合　医療機関名
内容　□ デイケア　□ カウンセリング　□ その他（　）
2　今後の治療方針
〔　〕
3　重度かつ継続　□ 該当　□ 非該当　（重度かつ継続の要件は裏面を参照）

上記のとおり、診断します。
平成　年　月　日
医療機関の名称
医療機関所在地
電　話　番　号
診療担当科名
医師氏名（自署又は記名押印）

※自立支援医療費（精神通院）同時申請で、「3　重度かつ継続」該当かつ主たる精神障害が平40～平99の場合は医師の略歴を（精神医療に3年以上従事した経験を有することがわかるように）記載すること
□ 精神保健指定医
□ 精神保健指定医ではない（下記に精神医療従事歴を記載）
精神科：　年　月　日～　年　月　日勤務
その他：　年　月　日～　年　月　日勤務
主に診察した疾患名（　）

※手帳判定　1　2　3　非該当

注　意　用紙の大きさは、日本工業規格A列３番とします。