

特別障害者手当認定診断書(精神障害用)				
① 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成
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 合併精神障害 合併身体障害	昭和 年 月 平成 年 月 昭和 年 月 平成	⑥ 合 併 症	精神障害 身体障害
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	昭 和 年 月 日 平 成		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・外				
(イ) 年 月～ 年 月 入・外				
(ウ) 年 月～ 年 月 入・外				
(エ) 年 月～ 年 月 入・外				
現 症	⑩ 知 能 障 害 等	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) 2 記憶障害 3学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他() 4 遂行機能障害 5 注意障害 6 その他()		
	⑪ 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()		
	⑫ 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)		
	⑬ 精 神 症 状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情鈍麻 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()		
	⑭ 問 題 行 動 及 び 習 癖	1興奮 2暴行 3異動 4拒絶 5自殺企画 6自傷 7破衣 8不潔 9 放火・弄火 10 器物破損 11 徘徊 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題(尿失禁、便失禁、便秘、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()		
	⑮ 性 格 特 徴			
	⑯ 日常生活能力 の程度	1 食 事 (・ひとりでもできる ・介助があればできる ・できない) 2 用便(月経)の始末 (・ひとりでもできる ・介助があればできる ・できない) 3 衣服の着脱 (・ひとりでもできる ・介助があればできる ・できない) 4 簡単な買物 (・ひとりでもできる ・介助があればできる ・できない) 5 家族との会話 (・通じる ・少しは通じる ・通じない) 6 家族以外の者との会話 (・通じる ・少しは通じる ・通じない) 7 刃物・火の危険 (・わかる ・少しはわかる ・わからない) 8 戸外での危険(交通事故)から身を守る (・守ることができる ・不十分ながら守ることができる ・守ることができない)		
	⑰ 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		
⑱ 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ください。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ください。

(裏 面)

記入上の注意

- 1 この診断書は、特別障害者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遅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。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。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、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- 3 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、その父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明の場合は、その旨を記入してください。
- 4 ⑩から⑬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。
- 5 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⑩の欄に記入してください。
- 6 ⑯の欄は、⑩から⑭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。
- 7 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、児童相談所又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。