

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書（精神障害用）					
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
③ 住所			④ 障害の原因となつた傷病名		
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・平成 昭和・平成 昭和・平成	年 月 年 月 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	昭和 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) ア 発病以来の病状と経過	陳述者の氏名 イ 発病以来の治療歴 (病院名)		患者との続柄 (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	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)			
	⑪ 意識障害	1 けいれん発作 2 精神運動発作 3 もうろう状態 4 小発作 5 その他 ()			
	⑫ 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 ()			
	⑬ 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 器物破かい 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的行動異常 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 ()			
	⑭ 性格特徴				
	⑮ 日常生活能力の程度	1 食事 (全介助・半介助・自立) 2 洗面 (全介助・半介助・自立) 3 排泄 (おむつ必要 おむつ不要 全介助・半介助・自立)		5 入浴 (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)	
	⑯ 要注意度	1 常に厳重な注意を必要とする 3 ほとんど必要ない		2 随時一応の注意を必要とする	
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 (印)					

◎ 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。

注 意

- 1 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所用されますが、記入事項に不明な点があると認定がおそくなることがありますので、できるだけくわしく記入して下さい。

- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。また、記入する欄()は具体的にくわしく記入して下さい。

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下さい。

- 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はじめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。

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下さい。また、それが不明な場合は、その旨を記入して下さい。

- 4 精神薄弱の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑩の欄に記入して下さい。

- 5 ⑪から⑬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○でかこんで下さい。

- 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○でかこんで下さい。

- 7 診断医が、「精神衛生鑑定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載して下さい。また、診断医が精神衛生センター、児童相談所又は精神薄弱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、その精神衛生センター、児童相談所又は精神薄弱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。