㊨ **確認用**

診　断　書（精神の障害用）

様式第120号の4

（ノリガナ） 氏　名		生年月日	□昭和 □平成　年　月　日生（　歳）	性別	□男・□女
住　所	住所地の郵便番号 －	都道 府県	郡市 区		

① 障害の原因となった傷病名	ICD－10コード（　　）	② 傷病の発生年月日	□昭和 □平成　年　月　日	□診療録で確認 □本人の申立て（　年　月　日）	本人の発病時の職業
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	☑昭和 □平成　12 年 3 月 4 日	☑診療録で確認 □本人の申立て（　年　月　日）	④ 既存障害
⑥傷病が治った（症状が固定した状態を含む。）かどうか。	平成　年　月　日 □確認 □推定	症状のよくなる見込・・・□有・□無・□不明			⑤ 既往症

⑦ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、就学・就労状況等、期間、その他参考となる事項

陳述者の氏名　　請求人との続柄　　聴取年月日　年　月　日

・③と⑧の日付は合っていますか？
・③には「診療録で確認」にチェックがついていますか？

⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見
初診年月日
□昭和 ☑平成 12 年 3 月 4 日

⑨ これまでの発育・養育歴等（出生から発育の状況や教育歴及びこれまでの職歴を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

ウ 職歴

エ 治療歴（書ききれない場合は⑬「備考」欄に記入してください。）（※ 同一医療機関の入院・外来は分けて記入してください。）

医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法	転帰（軽快・悪化・不変）
	年　月～　年　月	□入院・□外来			
	年　月～　年　月	□入院・□外来			
	年　月～　年　月	□入院・□外来			
	年　月～　年　月	□入院・□外来			
	年　月～　年　月	□入院・□外来			

⑩ 障害の状態（平成　年　月　日現症）

ア 現在の病状又は状態像（該当のローマ数字、英数字にチェックしてください。）

前回の診断書の記載時との比較　（前回の診断書を作成している場合は記入してください。）
□1 変化なし　□2 改善している　□3 悪化している　□4 不明

I 抑うつ状態
□1 思考・運動制止　□2 刺激性、興奮　□3 憂うつ気分
□4 自殺企図　□5 希死念慮
□6 その他（　）

II そう状態
□1 行為心迫　□2 多弁・多動　□3 気分（感情）の異常な高揚・刺激性
□4 観念奔逸　□5 易怒性・被刺激性亢進　□6 誇大妄想
□7 その他（　）

III 幻覚妄想状態 等
□1 幻覚　□2 妄想　□3 させられ体験　□4 思考形式の障害
□5 著しい奇異な行為　□6 その他（　）

IV 精神運動興奮状態及び昏迷の状態
□1 興奮　□2 昏迷　□3 拒絶・拒食　□4 滅裂思考
□5 衝動行為　□6 自傷　□7 無動・無反応
□8 その他（　）

V 統合失調症等残遺状態
□1 自閉　□2 感情の平板化　□3 意欲の減退
□4 その他（　）

VI 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（　）
・てんかん発作の状態　※発作のタイプは記入上の注意参照
1 てんかん発作のタイプ（□A・□B・□C・□D）
2 てんかん発作の頻度（年間　回、月平均　回、週平均　回　程度）

VII 知能障害等
□1 知的障害　□ア 軽度　□イ 中等度　□ウ 重度　□エ 最重度
□2 認知症　□ア 軽度　□イ 中等度　□ウ 重度　□エ 最重度
□3 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
□4 学習障害　□ア 読み　□イ 書き　□ウ 計算　□エ その他（　）
□5 その他（　）

VIII 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（　）

IX 人格変化
□1 欠陥状態　□2 無関心　□3 無為
□4 その他症状等（　）

X 乱用、依存等（薬物等名：　）
□1 乱用　□2 依存

XI その他〔　〕

イ 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載してください。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかにチェックをして、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

（お願い）臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

（お願い）太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）