様式第8号

（表　面）

# 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）<br>氏　　名 | 男・女 | ②　生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 |
| ③　住　　所 | | ④　障害の原因となった傷病名 | |
| ⑤　傷病発生<br>年　　月 | 主な精神障害　昭和 平成　年　月<br>合併精神障害　昭和 平成　年　月<br>合併身体障害　昭和 平成　年　月 | ⑥　合併症 | 精神障害<br>身体障害 |
| ⑦　④のため初めて医師の診断を受けた日 | 昭和<br>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）　　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器物破損
11徘徊・浮浪　12盗み　13性的逸脱行動　14排泄の問題（尿失禁、便失禁、便こね、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　（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〕
4. 衣服　〔脱げない・着れない／ボタン不能・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〕
7. 睡眠　〔夜眠らず騒ぐ・／時々不眠・寝ぼける・／問題なし〕

⑰ 要注意度　1. 常に厳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（かい）ではっきりと書いてください。　　（日本工業規格A列4番）

（裏 面）

記入上の注意

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、それが不明の場合には、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。