

障がい児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障がい用)				
① 名 前	-----		男・女	② 生 年 月 日 年 月 日
③ 住 所	福山市		④ 障がいの原因と なった傷病名	
⑤ 傷 病 発 生 年 月	主な精神障がい 年 月 合併精神障がい 年 月 合併身体障がい 年 月	⑥ 合 併 症	精神障がい 身体障がい	
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再判定の要	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) (病名) (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		
⑩ これまでの発育・養 育歴等(出生から発 育の状況や教育歴 を陳述者より聴取 の上、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		
障がいの状態( 年 月 日 現症)				
現 症	現在の病状又は状態像		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。	
	⑪ 知能障がい等	1 知的障がい 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 ) 判定年月日 ( 年 月 日 ) 2 高次脳機能障がい ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障がい エ 注意障がい オ 遂行機能障がい カ 社会的行動障がい 3 学習障がい ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 ( ) 4 その他 ( )		
	⑫ 発達障がい関連症状	1 相互的な社会関係の質的障がい 2 言語コミュニケーションの障がい 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他 ( )		
	⑬ 意識障がい・ てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もろろ 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)		
	⑭ 精 神 症 状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 9 思考障がい 10 心気症 11 中毒嗜癖 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他 ( )		
	⑮ 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 器物破壊 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 ( )		
⑯ 性 格 特 徴				

(裏 面)

現 症	⑰ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	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 <small>せつ</small> {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
	上記の内容を具体的に記載して下さい。		
	⑱ 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	
⑲ 備 考			
上記のとおり、診断します。  年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師名前			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障がい者の障がいの程度及び状態の認定に無関係な欄は記入する必要はありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

記入上の注意

- この診断書は、障がい児福祉手当(福祉手当)の受給資格を認定するための資料の一つです。  
この診断書は障がい者の障がい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ると認定が遅くなる場合がありますので、できるだけ詳しく記入してください。
- ・×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。
- ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障がい者が障がいの原因となった傷病については初めて医師の診断を付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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑪から⑮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。
- 知的障がいの場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑪の欄に記入してください。
- ⑱の欄は、⑪から⑰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。
- 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がい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がい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」は記入する必要はありません。