



⑥ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況 (グループホーム、ケアホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)
⑦ 備考

### ■ 精神障害者保健福祉手帳用記載欄

※精神通院医療の申請のみの場合は、記載不要

生活能力の状態(保護的環境ではない場合を想定して判断する。 <u>児童にあつては、年齢相応の能力と比較の上で判断する。</u> )	
① 現在の生活環境 入院・入所(施設名 )・在宅(ア 単身・イ 家族等と同居)・その他 ② 日常生活能力の判定(該当するものを○で囲むこと。) (1)適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない (2)身の清潔保持、規則正しい生活 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない (3)金銭管理と買物 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (4)通院と服薬(※ 要 ・ 不要 ) 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (5)他人との意思伝達・対人関係 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (6)身の安全保持・危機対応 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (7)社会的手続や公共施設の利用 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 適切にできる・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない	③ 日常生活能力の程度 (該当する番号を選んで、いずれか一つを○で囲むこと。) 1 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 2 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 3 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 4 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。
上記の具体的程度、状態等 <u>※必ず記載すること。</u>	

### ● 精神通院医療用記載欄

※精神障害者保健福祉手帳の申請のみの場合は、記載不要

① 投薬内容(薬剤名、用法用量)  ② 精神療法等(該当する番号を○で囲むこと。) 1. 通院精神療法 2. 精神分析療法 3. 精神科作業療法 4. 精神科デイケア 5. 認知行動療法 6. てんかん指導料 7. その他( ) 8. 訪問看護の指示	③ 今後の治療方針
<u>※主たる精神障害のICDコードがF40～F99の場合は、下記も記載すること。</u>	
④ 「重度かつ継続」の有無 ( 有 ・ 無 )	
⑤ 医師の略歴(精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することが必要) <input type="checkbox"/> 精神保健指定医(第 号) <input type="checkbox"/> 精神医療に従事した経験( 年以上)	

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 医療機関所在地 電話番号 診療担当科名 医師氏名 (自署又は記名押印)	

※ 審査会 使用欄	1 級	2 級	3 級	非該当