

氏名 (フリガナ) ○○ ○○		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	○年○月○日生(47歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所		住所地の郵便番号	○○ 都道府県 ○○ 市区 〇〇町〇丁目〇-〇			
① 障害の原因となった傷病名	くも膜下出血後 高次脳機能障害	② 傷病の発生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	17年10月7日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の申立て	本人の発病時の職業
	ICD-10コード( F04.06 )	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	18年1月16日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	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 21年 10月 9日	<input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 推定	症状のよくなる見込... <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明		⑤ 既往症	睡眠時無呼吸症候群
⑦	陳述者の氏名 ○○ ○○ 請求人との続柄 妻 聴取年月日 21年8月7日 平成17年10月〇日、〇〇旅行中にくも膜下出血発症。〇〇病院に救急搬送され、緊急手術を受ける。術後2日目に脳ヘルニアとなり、緊急内外減圧術側頭葉切除術を受けた。10月〇日からリハビリ開始、同院入院中から、記憶、遂行機能障害は疑われていた。12月〇日同退院。実家のある〇〇市に戻り、兄夫婦と同居。脳外科は△△病院でフォローされ、リハビリ、高次脳機能障害については当院に紹介され、平成18年1月〇日当院を初診した。以後職場復帰を果たすも、記憶面等でトラブルあり。					
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日	四肢の運動麻痺は認められない。左上1/4の中枢性視野障害あり。 集中力低下、易疲労性、記憶障害、注意障害、遂行機能障害など高次脳機能障害を認めた。 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 18年1月16日					
⑨	ア 発育・養育歴 特記事項なし	イ 教育歴 乳児期 <input type="checkbox"/> 不就学・ <input type="checkbox"/> 就学猶予 小学校( <input checked="" type="checkbox"/> 普通学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校) 中学校( <input checked="" type="checkbox"/> 普通学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校) 高校( <input checked="" type="checkbox"/> 普通学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校) その他 大学卒業	ウ 職歴 大学卒業、昭和〇〇年〇月、〇〇の販売会社に就職、現在に至る。			
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)	
〇〇病院	17年10月～20年〇月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	くも膜下出血	緊急手術、リハビリ	軽快	
△△病院	18年1月～21年〇月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来	くも膜下出血後高次脳機能障害	外来評価	不変	
△△病院	21年8月～24年〇月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来	同上	外来評価	不変	
	年 月～年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来				
	年 月～年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来				
⑩ 障害の状況 (平成 21年 10月 〇日 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。)			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。			
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。) <input type="checkbox"/> 1 変化なし <input type="checkbox"/> 2 改善している <input type="checkbox"/> 3 悪化している <input type="checkbox"/> 4 不明 I 抑うつ状態 <input checked="" type="checkbox"/> 1 思考・運動制止 <input type="checkbox"/> 2 刺激性、興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> 4 自殺企図 <input type="checkbox"/> 5 希死念慮 <input type="checkbox"/> 6 その他 ( ) II そう状態 <input type="checkbox"/> 1 行為心迫 <input type="checkbox"/> 2 多弁・多動 <input type="checkbox"/> 3 気分(感情)の異常な高揚・刺激性 <input type="checkbox"/> 4 観念奔逸 <input type="checkbox"/> 5 易怒性・被刺激性亢進 <input type="checkbox"/> 6 誇大妄想 <input type="checkbox"/> 7 その他 ( ) III 幻覚妄想状態等 <input type="checkbox"/> 1 幻覚 <input type="checkbox"/> 2 妄想 <input type="checkbox"/> 3 させられ体験 <input type="checkbox"/> 4 思考形式の障害 <input type="checkbox"/> 5 著しい奇異な行為 <input type="checkbox"/> 6 その他 ( ) IV 精神運動興奮状態及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶・拒食 <input checked="" type="checkbox"/> 4 滅裂思考 <input type="checkbox"/> 5 衝動行為 <input type="checkbox"/> 6 自傷 <input type="checkbox"/> 7 無動・無反応 <input type="checkbox"/> 8 その他 ( ) V 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 1 自閉 <input type="checkbox"/> 2 感情の平板化 <input type="checkbox"/> 3 意欲の減退 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( ) VI 意識障害・てんかん <input type="checkbox"/> 1 意識混濁 <input type="checkbox"/> 2 (夜間)せん妄 <input type="checkbox"/> 3 もうろう <input type="checkbox"/> 4 錯乱 <input type="checkbox"/> 5 てんかん発作 <input type="checkbox"/> 6 不機嫌症 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B・ <input type="checkbox"/> C・ <input type="checkbox"/> D ) 2 てんかん発作の頻度 (年間 回、月平均 回、週平均 回 程度)			〇〇の仕事に復帰(病前は中間管理職)したとのことであるが、元部下だった者が今は上司となりミスをかばってくれるている。相手が怒らせてしまうが、自分では原因が分からない。お客との約束の時間を忘れてしまう、メモを取る努力をしているが、それも忘れてしまう。電話は出てもメモをしないと忘れてしまう。同じ物(靴、服、ビデオ、本など)を何度も買ってしまふ。計画的な行動、金銭管理は困難である。また、注意障害による集中力の低下、易疲労性がある。 近医内科より降圧剤の服用のみ。時に飲み忘れがある。			
VII 知能障害等 <input type="checkbox"/> 1 知的障害 <input type="checkbox"/> ア 軽度 <input type="checkbox"/> イ 中等度 <input type="checkbox"/> ウ 重度 <input type="checkbox"/> エ 最重度 <input type="checkbox"/> 2 認知症 <input type="checkbox"/> ア 軽度 <input type="checkbox"/> イ 中等度 <input type="checkbox"/> ウ 重度 <input type="checkbox"/> エ 最重度 <input checked="" type="checkbox"/> 3 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ア 失行 <input type="checkbox"/> イ 失認 <input type="checkbox"/> ウ 記憶障害 <input type="checkbox"/> エ 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> オ 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> カ 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 4 学習障害 <input type="checkbox"/> ア 読み <input type="checkbox"/> イ 書き <input type="checkbox"/> ウ 計算 <input type="checkbox"/> エ その他 ( ) <input type="checkbox"/> 5 その他 ( ) VIII 発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 1 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> 2 言語コミュニケーションの障害 <input type="checkbox"/> 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( ) <input type="checkbox"/> IX 人格変化 <input type="checkbox"/> 1 欠陥状態 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無関心 <input checked="" type="checkbox"/> 3 無為 <input type="checkbox"/> 4 その他症状等 ( ) <input type="checkbox"/> X 乱用、依存等(薬物等名: ) <input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存 <input type="checkbox"/> XI その他 ( )						

「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。

<p><b>ウ 日常生活状況</b></p> <p>1 家庭及び社会生活についての具体的な状況  (ア) 現在の生活環境(該当するもの一つを選んでチェックしてください。)  <input type="checkbox"/>入院・<input type="checkbox"/>入所・<input checked="" type="checkbox"/>在宅・<input type="checkbox"/>その他( )  (施設名 )  同居者の有無 ( <input checked="" type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無 )</p> <p>(イ) 全般的状況(家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。)  [ 兄夫婦と同居。寝ていることが多く、入浴、起床は声掛けを要す。起床から家を出るまでのスケジュールが立てられない。 ]</p> <p>2 日常生活能力の判定(該当するものにチェックしてください。)  (判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください。)</p> <p>(1) 適切な食事 - 配膳などの準備も含めて適当量をバランスよく摂ることがほぼできるなど。  自発的にできるが時 自発的かつ適正に行うこ 助言や指導をしても  <input type="checkbox"/>できる <input checked="" type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>とはできないが助言や指 <input type="checkbox"/>できない若しくは行  要とする 導があればできる 導があればできる わない</p> <p>(2) 身の清潔保持 - 洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる。また、自室の清掃や片付けができるなど。  自発的にできるが時 自発的かつ適正に行うこ 助言や指導をしても  <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input checked="" type="checkbox"/>とはできないが助言や指 <input type="checkbox"/>できない若しくは行  要とする 導があればできる 導があればできる わない</p> <p>(3) 金銭管理と買い物 - 金銭を独力で適切に管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で買い物が可能であり、計画的な買い物がほぼできるなど。  おおむねできるが時 助言や指導をしても  <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input checked="" type="checkbox"/>助言や指導があれば <input type="checkbox"/>できない若しくは行  要とする ける ける わない</p> <p>(4) 通院と服薬( <input type="checkbox"/>要・<input type="checkbox"/>不要) - 定期的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができるなど。  おおむねできるが時 助言や指導をしても  <input type="checkbox"/>できる <input checked="" type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>ける <input type="checkbox"/>できない若しくは行  要とする ける ける わない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 - 他人の話聞く、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行えるなど。  おおむねできるが時 助言や指導をしても  <input type="checkbox"/>できる <input checked="" type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>ける <input type="checkbox"/>できない若しくは行  要とする ける ける わない</p> <p>(6) 身の安全保持及び危機対応 - 事故等の危険から身を守る能力がある、通常と異なる事態となった時に他人に援助を求めるなどを含めて、適正に対応することができるなど。  おおむねできるが時 助言や指導をしても  <input type="checkbox"/>できる <input checked="" type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>ける <input type="checkbox"/>できない若しくは行  要とする ける ける わない</p> <p>(7) 社会性 - 銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で可能。また、社会生活に必要な手続きが行えるなど。  おおむねできるが時 助言や指導をしても  <input type="checkbox"/>できる <input checked="" type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>ける <input type="checkbox"/>できない若しくは行  要とする ける ける わない</p>	<p>3 日常生活能力の程度(該当するもの一つにチェックしてください。)  ※日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっとも適切に記載できる(精神障害)又は(知的障害)のどちらかを使用してください。</p> <p>(精神障害)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 精神障害(病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等)を認めるが、社会生活は普通にできる。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。  (たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切に出来ないこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。  (たとえば、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導を必要とする。社会的な対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。金銭管理が困難な場合など。)</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。  (たとえば、著しく適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない、あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭管理ができない場合など。)</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。  (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的にすることができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添いが必要な場合など。)</p> <p>(知的障害)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。  (たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能であるが、抽象的なことは難しい。身辺生活も一人でできる程度)</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。  (たとえば、ごく簡単な読み書きや計算はでき、助言などがあれば作業は可能である。具体的な指示であれば理解ができ、身辺生活についてもおおむね一人でできる程度)</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。  (たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的環境であれば単純作業は可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身辺生活についても部分的にできる程度)</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。  (たとえば、文字や数の理解力がほとんど無く、簡単な手伝いもできない。言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身辺生活の処理も一人ではできない程度)</p>
<p><b>エ 現症時の就労状況</b></p> <p>○ 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/>一般企業 <input type="checkbox"/>就労支援施設 <input type="checkbox"/>その他( )  ○ 雇用体系 <input type="checkbox"/>障害者雇用 <input checked="" type="checkbox"/>一般雇用 <input type="checkbox"/>自営 <input type="checkbox"/>その他( )  ○ 勤続年数 ( 25 年 ヶ月) ○ 仕事の頻度 ( <input checked="" type="checkbox"/>週に <input type="checkbox"/>月に ( 5 )日)  ○ ひと月の給与 ( 15万 円程度)  ○ 仕事の内容  ○○の営業  ○ 仕事場での援助の状況や意思疎通の状況  病前の会社に何とか復帰したが、記憶の障害からトラブルやミスが多い。職場の上司(元部下)が、ミスをカバーするなど支援を受けながら何とか続けている。</p>	<p><b>オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)</b>  四肢の麻痺なし。左1/4中枢性視野障害</p> <p><b>カ 臨床検査(心理テスト・認知検査、知能障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)</b>  神経心理学的検査では、WAIS-III(VIQ78, PIQ87, FIQ81), リバーミード行動記憶検査(標準プロ16/24点, スクリーニング7/12点), D-CAT(平均以下)</p> <p><b>キ 福祉サービスの利用状況(障害者自立支援法に規定する自立訓練、共同生活援助、共同生活介護、在宅介護、その他障害福祉サービス等)</b>  なし</p>
<p>⑪  <b>現症時の日常生活活動能力及び労働能力(必ず記入してください。)</b></p>	<p>日常生活の基本的ADLの動作面は自立しているが、記憶障害、遂行機能障害により、声掛けを要することが日々ある。仕事面ではメモをするように努力しているが、メモのし忘れ、約束の時間を忘れるなどトラブルが多い。支援を受けながらの労働となる。</p>
<p>⑫  <b>予 後(必ず記入してください。)</b></p>	<p>平成18年の初診と今回の経過をみても、高次脳機能障害の改善なく、おしる顕在している。障害は固定と考えられる。</p>
<p>⑬  <b>備 考</b></p>	

上記のとおり、診断します。

平成 21 年 10 月 ○ 日

病院又は診療所の名称 ○○病院

診療担当科名 ○○○科

所在地 ○○県○○市○○区○○町○丁目  
○-○

医師氏名 ○○ ○○

印