

(フリガナ) 氏名	住所地の郵便番号 —		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 ( 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
住所	都道府県		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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 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 年 月 日	<input 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		
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			
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 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 <input type="checkbox"/> 不就学・ <input type="checkbox"/> 就学猶予 小学校( <input 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 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 type="checkbox"/> 普通学級・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来						
	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						
	年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来						
⑩ 障害の状況 (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。)				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。				
<p>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。)</p> <p><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</p> <p>I 抑うつ状態  <input type="checkbox"/>1 思考・運動制止 <input type="checkbox"/>2 刺激性、興奮 <input 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 ( )</p> <p>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 ( )</p> <p>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 ( )</p> <p>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 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 ( )</p> <p>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 ( )</p> <p>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)</p> <p>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 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 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 ( )</p> <p>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・反復的な関心と行動 <input type="checkbox"/>4 その他 ( )</p> <p>IX 人格変化  <input type="checkbox"/>1 欠陥状態 <input type="checkbox"/>2 無関心 <input type="checkbox"/>3 無為  <input type="checkbox"/>4 その他症状等 ( )</p> <p>X 乱用、依存等(薬物等名: )  <input type="checkbox"/>1 乱用 <input type="checkbox"/>2 依存</p> <p>XI その他 [ ]</p>								

「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。)</p> <p><input type="checkbox"/>入院・<input type="checkbox"/>入所・<input type="checkbox"/>在宅・<input type="checkbox"/>その他( )  (施設名 )  同居者の有無 ( <input 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。)</p> <p>[ ]</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 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</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 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</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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/>できない若しくは行  <input type="checkbox"/>できる<input type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>き <input type="checkbox"/>わ  要とする</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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/>できない若しくは行  <input type="checkbox"/>できる<input type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>き <input type="checkbox"/>わ  要とする</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 - 他人の話を聞く、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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/>できない若しくは行  <input type="checkbox"/>できる<input type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>き <input type="checkbox"/>わ  要とする</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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/>できない若しくは行  <input type="checkbox"/>できる<input type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>き <input type="checkbox"/>わ  要とする</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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/>できない若しくは行  <input type="checkbox"/>できる<input type="checkbox"/>には助言や指導を必 <input type="checkbox"/>き <input type="checkbox"/>わ  要とする</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。)</p> <p>※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 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、あつ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><input type="checkbox"/>勤務先 <input type="checkbox"/>一般企業 <input type="checkbox"/>就労支援施設 <input type="checkbox"/>その他( )  <input type="checkbox"/>雇用体系 <input type="checkbox"/>障害者雇用 <input type="checkbox"/>一般雇用 <input type="checkbox"/>自営 <input type="checkbox"/>その他( )  <input type="checkbox"/>勤続年数 ( 年 ヶ月) <input type="checkbox"/>仕事の頻度 ( <input type="checkbox"/>週に <input type="checkbox"/>月に ( )日)  <input type="checkbox"/>ひと月の給与 ( 円程度)  <input type="checkbox"/>仕事の内容</p> <p><input type="checkbox"/> 職場での援助の状況や意思疎通の状況</p>	<p>オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)</p> <p>カ 臨床検査 (心理テスト・認知検査、知的障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)</p> <p>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)</p>
<p>⑪  <b>現症時の日常生活活動能力及労働能力</b>  (必ず記入してください。)</p>	
<p>⑫  <b>予 後</b>  (必ず記入してください。)</p>	
<p>⑬  <b>備 考</b></p>	

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

診療担当科名

所在地

医師氏名

印

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知障害、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。
- 2 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
〔また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となるようとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。〕
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）  
なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) 現在の病状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。
  - (3) **知能障害の場合は、知能指数(又は精神年齢)と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。**
  - (4) てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。  
また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。  
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- 5 「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏（ICD-10コードが「F4」）の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分（感情）障害」の病態を示しているときは、「⑬備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。

低酸素脳症による高次脳機能障害  
記憶障害・注意障害・遂行機能障害により一定の作業遂行は困難なケース

氏名	(フリガナ) ○○ ○○	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○年 ○月 ○日生 (40歳) <input type="checkbox"/> 平成	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	○○丁目○-○
① 障害の原因となった傷病名	低酸素脳症 (心肺停止後蘇生)	② 傷病の発生日	<input type="checkbox"/> 昭和 24年 3月 23日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	本人の発病時の職業 会社員
	ICD-10コード( F04 )	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	<input type="checkbox"/> 昭和 25年 3月 23日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	④ 既存障害 無し
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 25年 9月 26日	<input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 推定	症状のよくなる見込... <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	⑤ 既往症	無し
⑦	陳述者の氏名 ○○ ○○ 請求人との続柄 妻 聴取年月日 25年 9月 26日 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 平成24年3月23日仕事中に突然心肺停止となり、救急隊員の救命措置を受けながら○○病院に搬送された。蘇生したものの重篤な高次脳機能障害が認められ同年5月8日に当院に転院した。以後、約2ヶ月の入院および退院後の外来においてリハビリ治療を継続したが、記憶障害、注意障害、遂行機能障害などの高次脳機能障害が残存し職業復帰できず日常生活においても見守りを要する状態にとどまっている。				
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日	記憶障害、注意障害、遂行機能障害を含む全般的な知能の低下を認めた。 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 24年 5月 8日 <input type="checkbox"/> 平成				
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	ウ 職歴 高校卒業後、現在の会社に勤務		
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)
○○病院	24年 3月 ~ 25年 月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	心肺停止後蘇生	救命処置、薬物治療	軽快
当院	24年 5月 ~ 24年 月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	低酸素脳症	リハビリ、薬物治療	軽快
当院	24年 7月 ~ 25年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	同上	同上	軽快
	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 24年 9月 26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 type="checkbox"/> 1 思考・運動制止 <input type="checkbox"/> 2 刺激性、興奮 <input 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)			数時間前の出来事は想起困難でメモの活用を指導したがメモをつけたこと自体を忘れるために有用ではない。 遂行機能障害や注意障害のために一定時間の作業の継続が困難である。		
VII 知能障害等 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2 認知症 <input checked="" 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 checked="" 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・反復的な関心と行動 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )					
IX 人格変化 <input type="checkbox"/> 1 欠陥状態 <input type="checkbox"/> 2 無関心 <input type="checkbox"/> 3 無為 <input type="checkbox"/> 4 その他症状等 ( )					
X 乱用、依存等(薬物等名: ) <input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存					
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。)</p> <p><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。)</p> <p>[ やや自発性に欠けるものの対人関係に大きな問題はない。 ]</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 checked="" type="checkbox"/> できる <input 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 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>(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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 導があればできる わない</p> <p>(4) 通院と服薬( <input checked="" 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 導があればできる わない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 - 他人の話を聞く、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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 導があればできる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 導があればできる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 導があればできる 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。)</p> <p>※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  い、あつ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 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 type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他( )  ○ 勤続年数 ( 年 ヶ月) ○ 仕事の頻度 ( <input type="checkbox"/> 週に <input type="checkbox"/> 月に ( )日)  ○ ひと月の給与 ( 円程度)  ○ 仕事の内容</p> <p>○ 職場での援助の状況や意思疎通の状況</p>	<p>オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)  特記事項なし</p> <p>カ 臨床検査 (心理テスト・認知検査、知的障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)  神経心理学的検査では、WMS-R (言語性60, 視覚性58, 一般  的記憶65, 遅延再生50以下), Trail Making Test (パートA90秒, パート  B188秒)</p> <p>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)</p>
<p>⑪  <b>現症時の日常生活活動能力及労働能力</b>  (必ず記入してください。)</p>	<p>身辺動作は自立しているが電話の受け答えの直後に内容を聞いても忘れて十分伝えられない。新しい事柄を覚えられず単純作業ですら困難なために労働能力はない。</p>
<p>⑫  <b>予 後</b>  (必ず記入してください。)</p>	<p>発症後1年半余経過しており今後とも現状からの改善は期待しがたい。</p>
<p>⑬  <b>備 考</b></p>	

上記のとおり、診断します。

平成 25 年 9 月 26 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

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知障害、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。
- 2 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
〔また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となるようとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。〕
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）  
なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) 現在の病状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。
  - (3) **知能障害の場合は、知能指数(又は精神年齢)と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。**
  - (4) てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。  
また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。  
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- 5 「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏(ICD-10コードが「F4」)の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分(感情)障害」の病態を示しているときは、「⑬備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。

交通事故による高次脳機能障害。  
記憶障害・知的低下が著明なケース。

氏名	(フリガナ) ○○ ○○	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○年○月○日生(24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	○○丁目○-○
① 障害の原因となつた傷病名	外傷性脳損傷	② 傷病の発生日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24年1月26日	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	本人の発病時の職業 会社員
	ICD-10コード( F 07 )	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 24年1月26日	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	④ 既存障害 無し
⑥ 傷病が治つた(症状が固定した状態を含む。)かどうか。	平成 25年 8月 11日 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 推定	症状のよくなる見込...	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明	⑤ 既往症	無し
⑦	陳述者の氏名 ○○ ○○ 請求人との続柄 父 聴取年月日 25年8月11日 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 平成24年1月26日、原付バイクを運転中に対向車線にはみ出し自動車と衝突し受傷。○○病院に救急搬送され外傷性脳損傷(脳挫傷、びまん性脳損傷)の診断で保存的に治療を受けた後、3月○日に当院に転院。リハビリ治療を継続し8月○日に自宅に退院後も当院外来においてリハビリ訓練および薬物治療を継続したが、記憶障害、一般的な知能低下に加え、易怒性、固執性などの社会的行動障害が残り職業復帰が困難だった。				
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日	自分に意に沿わないと大声をあげたり手荒な行動をとるなど易怒性が強い。記憶障害を含め知的機能の低下が顕著。 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 24年 3月 18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 私立大学工学部卒業	ウ 職歴 現在の会社に勤務		
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)
○○病院脳外科	24年1月～24年3月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	外傷性脳損傷	薬物治療	不変
当院リハビリ科	24年3月～24年8月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	同上、高次脳機能障害	薬物治療、リハビリ訓練	軽快
同上	24年8月～25年9月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来	同上	同上	軽快
	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 25年 8月 11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 type="checkbox"/> 1 思考・運動制止 <input type="checkbox"/> 2 刺激性、興奮 <input 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 <input type="checkbox"/> 回、月平均 <input type="checkbox"/> 回、週平均 <input type="checkbox"/> 回 程度)			数十分前の出来事が思い出せない。 単一の作業ですら30分以上集中して遂行できない。 自分の意に沿わないことを要求されるとすぐに大声を上げたり物にあたる。		
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 checked="" type="checkbox"/> ウ記憶障害 <input checked="" type="checkbox"/> エ注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> オ遂行機能障害 <input checked="" 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 ( ) IX 人格変化 <input type="checkbox"/> 1 欠陥状態 <input type="checkbox"/> 2 無関心 <input type="checkbox"/> 3 無為 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他症状等( 社会的行動障害(情動のコントロール低下、固執性) ) X 乱用、依存等(薬物等名: ) <input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存 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。)  [ 会話中に些細なことで興奮し激高する。 ]</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 checked="" type="checkbox"/> できる <input 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 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>(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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる わない</p> <p>(4) 通院と服薬( <input checked="" 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる わない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 - 他人の話を聞く、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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる きる 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)  <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)  <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 type="checkbox"/> 一般企業 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他( )  ○ 勤続年数 ( 年 ヶ月) ○ 仕事の頻度 ( <input type="checkbox"/> 週に <input type="checkbox"/> 月に ( )日)  ○ ひと月の給与 ( 円程度)  ○ 仕事の内容</p> <p>○ 職場での援助の状況や意思疎通の状況</p>	<p>オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)  特記事項なし</p> <p>カ 臨床検査 (心理テスト・認知検査、知的障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)  HDS-R 22点, WAIS-IIIではVIQ69,  PIQ64, FIQ65</p> <p>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)</p>
<p>⑪  <b>現症時の日常生活活動能力及び労働能力</b>  (必ず記入してください。)</p>	<p>日常生活は概ね自立しているが金銭管理ができず所持金を無計画に使ってしまうために家族の管理が必要。  現職に復帰できず単純のアルバイトも試みたが時間内の作業遂行ができない上に職場の同僚や客とのトラブルが多くすぐに解雇された。</p>
<p>⑫  <b>予 後</b>  (必ず記入してください。)</p>	<p>受傷後1年7ヶ月経過しており障害は固定と考える。</p>
<p>⑬  <b>備 考</b></p>	

上記のとおり、診断します。 平成 25 年 8 月 11 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

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知障害、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。
- 2 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
〔また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。〕
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）  
なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) 現在の病状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。
  - (3) **知能障害の場合は、知能指数(又は精神年齢)と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。**
  - (4) てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。  
また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。  
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- 5 「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏(ICD-10コードが「F4」)の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分(感情)障害」の病態を示しているときは、「⑬備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。

脳出血による高次脳機能障害。  
記憶障害・社会的行動障害が残存したケース。

氏名	(フリガナ) ○○ ○○	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○年○月○日生(49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	○○区○○町○丁目○-○	
① 障害の原因となった傷病名	脳出血後 高次脳機能障害	② 傷病の発生日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 17年4月30日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の申立て (22年6月○日)	本人の発病時の職業	○○
	ICD-10コード( F 04.06 )	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 23年3月23日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の申立て (22年6月○日)	④ 既存障害	無し
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	<input type="checkbox"/> 確認 <input checked="" type="checkbox"/> 推定	症状のよくなる見込...	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明	⑤ 既往症	無し
⑦	陳述者の氏名 ○○ ○○ 請求人との続柄 妻 聴取年月日 22年1月26日 平成17年4月○日脳出血発症。○○病院脳神経外科で開頭血腫除去術、その後水頭症を併発し2回の手術を受けた。平成18年○月、○○の仕事に復職したが、記憶障害、意欲の低下、勤務時間中の飲食など仕事について行けず退職。高次脳機能障害が疑われ、評価目的で当院を平成20年6月○日に初診。その間、○○病院精神科には平成21年6月○日に初診し、20年3月○日に精神保健福祉手帳2級に認定されている。その後、同院との関わりがなくなり、高次脳機能障害の再評価を目的に平成22年月○日再診した。					
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日	記憶障害、意欲低下などを認めた。昔のエピソードは話すことができたが、発症後の様子や職場復帰した時のことは、ほとんど覚えていなかった。注意障害もあり、情報が多いと処理できない。遂行機能障害の低下により、自分から行動を開始、継続することができない。 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 20年6月0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 ○○業(大卒後一時) 主は○○業			
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)	
○○病院脳神経外科	17年4月～19年月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	脳出血	外科的治療		
○○病院精神科	19年6月～22年月	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来	器質性気分障害	精神療法	不変	
	年月～年月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input checked="" 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22年2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。)			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 むろろ <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) 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 checked="" 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 checked="" 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 ( ) 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 ( ) X 乱用、依存等(薬物等名: ) <input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存 XI その他 [ ]			・記憶障害により、出来事や重要な約束を覚えることができない。話の要素が抜けやすく、話や指示を正確に理解できない。 ・注意障害により、情報量が増えると処理困難となり、適切な判断ができない。 ・遂行機能障害により、自分がすすんで行動を開始、継続できず、優先順位が立てられないため日常生活に指示を要する。 ・社会的行動障害があり、前職場(○○)では勤務中の喫煙や飲酒を繰り返し、注意されても聞き入れなかった。現在、通所中の○○においても、皆で見ているテレビチャンネルを勝手にかえてしまう、職員ロッカーから財布のお金を盗むなどの問題行動、トラブルが生じている。 ・思考をまとめられず、精神的疲労感が強い、ストレスに曝される、短絡的な行動や言動につながりやすい。			

「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。

<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。)</p> <p><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。)</p> <p>[ 通所先での対人関係の形成はできていない。 ]</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 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>(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 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>(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 助言や指導があれば <input checked="" type="checkbox"/> できない若しくは行  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> きる 導があればできる わない</p> <p>(4) 通院と服薬( <input type="checkbox"/> 要 <input checked="" 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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input checked="" type="checkbox"/> きる 導があればできる わない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 - 他人の話を聞く、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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input checked="" type="checkbox"/> きる 導があればできる 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 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input checked="" type="checkbox"/> きる 導があればできる 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 助言や指導があれば <input checked="" type="checkbox"/> できない若しくは行  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> きる 導があればできる 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。)</p> <p>※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  い、あつ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  人でできない程度)</p>
<p><b>エ 現症時の就労状況</b></p> <p><input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> 就労支援施設 <input type="checkbox"/> その他( )  <input type="checkbox"/> 雇用体系 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他( )  <input type="checkbox"/> 勤続年数 ( 年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 仕事の頻度 ( <input type="checkbox"/> 週に <input type="checkbox"/> 月に ( )日)  <input type="checkbox"/> ひと月の給与 ( 円程度)  <input type="checkbox"/> 仕事の内容</p> <p><input type="checkbox"/> 職場での援助の状況や意思疎通の状況</p>	<p>オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)</p> <p>運動麻痺はない。</p> <p>カ 臨床検査(心理テスト・認知検査、知的障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)</p> <p>神経心理学的検査では、WMS-R(言語性50、視覚性58、一般的記憶  65、遅延再生50以下)、Trail Making Test(パートA90秒、パートB188  秒)</p> <p>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)</p> <p>〇〇通所(月～金)</p>
<p>⑪ 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。)</p>	<p>家庭内での日常生活は指示があれば可能、身のADLもこなすことはできる。  記憶障害、高次脳機能障害が顕著で一般就労は可能である。  指示があれば、簡単な作業、福祉的就労は可能と思われる。</p>
<p>⑫ 予 後  (必ず記入してください。)</p>	<p>平成22年6月、24年1月(今回)と2回の関わりから判断すると、障害は固定しており、今後の回復は見込めない。</p>
<p>⑬ 備 考</p>	

上記のとおり、診断します。

平成 22 年 2 月 〇 日

病院又は診療所の名称  〇〇病院

診療担当科名  〇〇科

所 在 地  〇〇県  〇〇市  〇〇区  〇〇町  〇〇丁目

医師氏名  〇〇  〇〇

印

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知障害、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。
- 2 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
〔また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。〕
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）  
なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) 現在の病状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。
  - (3) **知能障害の場合は、知能指数(又は精神年齢)と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。**
  - (4) てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。  
また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。  
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- 5 「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏(ICD-10コードが「F4」)の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分(感情)障害」の病態を示しているときは、「⑬備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。

くも膜下出血による高次脳機能障害。  
記憶障害・注意障害が残存したケース

氏名	(フリガナ) ○○ ○○	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input 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	○○町○丁目○-○	
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 (21年1月○日)	本人の発病時の職業	会社員
	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 (22年6月○日)	④ 既存障害	無し
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○日、○○旅行中にくも膜下出血発症。○○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○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○日同退院。実家のある○○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○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 checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input 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○○年○月、○○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)	
○○病院	17年10月～20年○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○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○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 ○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)			○○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 checked="" 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 ( ) X 乱用、依存等(薬物等名: ) <input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存 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 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 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる 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 助言や指導があれば 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"/> きる <input type="checkbox"/> できない若しくは行  要とする 導があればできる 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  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, FIQ  81), 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</b>  (必ず記入してください。)</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</b>  (必ず記入してください。)</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、おしる頭在している。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

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知障害、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。
- 2 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
〔また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。〕
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）  
なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
  - (2) 現在の病状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。
  - (3) **知能障害の場合は、知能指数(又は精神年齢)と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。**
  - (4) てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。  
また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。  
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- 5 「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏（ICD-10コードが「F4」）の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分（感情）障害」の病態を示しているときは、「⑬備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。