



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）

上記のほか、就労移行/継続/定着支援（作業所や障害者枠での就労を含む）、地域活動支援センター、デイケア、訪問看護、生活保護、障害年金 等について記載してください

⑦ 備考

他の医療機関を追加する場合、「医療機関名」と「治療内容の重複がなくやむを得ない事情があること」を記載

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 〇）内も忘れずに記入してください にあつては、年齢相応の能力と比較の上で判断する。

① 現在の生活環境  
 入院・入所（施設名 **固有名詞で** (ア 単身・イ 家族等と同居) ・その他

② 日常生活能力の判定（該当するもの一つを〇で囲むこと。）  
 (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  
 (4) 通院と服薬（要・不要）  
 適切にできる・おおむねできる **通院と服薬いずれも不要の場合のみ「不要」にマル（この場合、自立支援医療は対象外となります）**  
 (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  
 (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、いずれか一つを〇で囲むこと。）  
 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、身の回りのことはほとんどできない。

上記の具体的程度、状態等 ※必ず記載すること。

・症状や病歴を記載するのではなく、**生活能力の障害について、具体的に記載してください**  
 ・**就学・就労状況**についても記載してください

精神通院医療用記載欄 **用量は必ず記載（一日量でも可）** 帳の申請のみの場合は、記載不要

① 投薬内容（薬剤名及び用法用量） **用量は必ず記載（一日量でも可）** 今後の治療方針

「〇〇等」など省略せず **向精神薬はすべて記載**してください（別紙でも可）

② 精神療法等（該当する番号を〇で囲むこと）  
 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

現在病状が改善していても、再発予防のために継続的な精神療法や薬物療法が必要な場合、その内容・必要性を具体的に記載してください

※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。

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）  
精神保健指定医（第 号） 精神医療に従事した経験（ 年以上）

主たる精神障害のICDコードがF4～F9の場合は④⑤も記載してください

上記のとおり、診断します。 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

※ 審査会 使用欄	1級	2級	3級	非該当