㊨ 国民年金
厚生年金保険

診　断　書（精神の障害用）

様式第120号の4

（フリガナ） 氏　名		生年月日	昭和 平成　年　月　日生（　歳）	性別	男・女
住　所	住所地の郵便番号 □□□－□□□□	都道府県　郡市区			

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	昭和 平成　年　月　日 診療録で確認 本人の申立て （　年　月　日）	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	昭和 平成　年　月　日 診療録で確認 本人の申立て （　年　月　日）	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　確認 推定	症状のよくなる見込・・・　有・無・不明		⑤既往症	

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、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。

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（昭和 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
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

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	入院・外来			
	年　月～　年　月	入院・外来			
	年　月～　年　月	入院・外来			
	年　月～　年　月	入院・外来			
	年　月～　年　月	入院・外来			

⑩ **障害の状態**　（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、英数字を○で囲んでください。）

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。）
1　変化なし　2　改善している　3　悪化している　4　不明

Ⅰ　抑うつ状態
1　思考・運動制止　2　刺激性、興奮　3　憂うつ気分
4　自殺企図　5　希死念慮
6　その他（　）

Ⅱ　そう状態
1　行為心迫　2　多弁・多動　3　気分（感情）の異常な高揚・刺激性
4　観念奔逸　5　易怒性・被刺激性亢進　6　誇大妄想
7　その他（　）

Ⅲ　幻覚妄想状態　等
1　幻覚　2　妄想　3　させられ体験　4　思考形式の障害
5　著しい奇異な行為　6　その他（　）

Ⅳ　精神運動興奮状態及び昏迷の状態
1　興奮　2　昏迷　3　拒絶・拒食　4　滅裂思考
5　衝動行為　6　自傷　7　無動・無反応
8　その他（　）

Ⅴ　統合失調症等残遺状態
1　自閉　2　感情の平板化　3　意欲の減退
4　その他（　）

Ⅵ　意識障害・てんかん
1　意識混濁　2　（夜間）せん妄　3　もうろう　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　（A・B・C・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
1　知的障害　ア　軽度　イ　中等度　ウ　重度　エ　最重度
2　認知症　ア　軽度　イ　中等度　ウ　重度　エ　最重度
3　高次脳機能障害
ア　失行　イ　失認
ウ　記憶障害　エ　注意障害　オ　遂行機能障害　カ　社会的行動障害
4　学習障害　ア　読み　イ　書き　ウ　計算　エ　その他（　）
5　その他（　）

Ⅷ　発達障害関連症状
1　相互的な社会関係の質的障害　2　言語コミュニケーションの障害
3　限定した常同的で反復的な関心と行動　4　その他（　）

Ⅸ　人格変化
1　欠陥状態　2　無関心　3　無為
4　その他症状等（　）

Ⅹ　乱用、依存等（薬物等名：　）
1　乱用　2　依存

Ⅺ　その他〔　〕

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。

（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。

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はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

(25.5)
1610 1018 028

ウ　日常生活状況

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○で囲んでください。）

入院　・　入所　・　在宅　・　その他（　　）

（施設名　　）

同居者の有無　（　有　・　無　）

（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。）

［　　］

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。）

（1）**適切な食事**ー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。

□できる　□自発的にできるが時には助言や指導を必要とする　□自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

（2）**身辺の清潔保持**ー洗面、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。

□できる　□自発的にできるが時には助言や指導を必要とする　□自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

（3）**金銭管理と買い物**ー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。

□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　□助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

（4）**通院と服薬（要・不要）**ー規則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。

□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　□助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

（5）**他人との意思伝達及び対人関係**ー他人の話を聞く、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行えるなど。

□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　□助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

（6）**身辺の安全保持及び危機対応**ー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。

□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　□助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

（7）**社会性**ー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。

□できる　□おおむねできるが時には助言や指導を必要とする　□助言や指導があればできる　□助言や指導をしてもできない若しくは行わない

3　日常生活能力の程度（該当するもの一つを○で囲んでください。）

※ 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。

（精神障害）

（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。

（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。）

（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。）

（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。）

（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。）

（知的障害）

（1）知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。

（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）

（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）

（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）

（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）

エ　現症時の就労状況

○勤務先　・一般企業　・就労支援施設　・その他（　　）

○雇用体系　・障害者雇用　・一般雇用　・自営　・その他（　　）

○勤続年数（　年　ヶ月）　○仕事の頻度（週に・月に（　）日）

○ひと月の給与（　　円程度）

○仕事の内容

○仕事場での援助の状況や意思疎通の状況

オ　身体所見（神経学的な所見を含む。）

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。）

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）

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。）	
⑫ **予　後**（必ず記入してください。）	
⑬ 備　考	

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