



福県医発第1400号(地)

平成14年11月 1日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師
会 長 関 原



「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の
一部の施行に伴う関係通知の改正について」の一部訂正について

平成14年6月21日付福県医発第597号(地)でご連絡いたしておりました「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係通知の改正について」につきまして、添付資料の診断書様式「通院医療費公費負担用(様式59号)」及び「精神障害者保健福祉手帳用(様式58号)」に誤りがあった旨、福岡県保健福祉部障害者福祉課より別紙のとおり通知がありましたので、別添の訂正後の様式に差替えていただきますよう会員各位への周知方よろしく願いいたします。



(公印省略)

14障精第 192号
平成14年10月22日

社団法人福岡県精神科病院協会長
各精神病院管理者
福岡県精神神経科診療所協会長
各精神神経科診療所長 殿
福岡県医師会長
各市町村長
大牟田市保健所長
各県保健福祉環境事務所長

福岡県保健福祉部障害者福祉課長
(精神保健福祉係)

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する
法律の一部の施行に伴う関係通知の改正について」の一部訂正に
ついて

精神保健福祉行政の推進につきましては、日頃から格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記の通知（平成14年6月12日付け14障精第45号福岡県保健福祉部障害者福祉課長通知）に添付した診断書の様式「通院医療費公費負担用（様式59号）及び精神障害者保健福祉手帳用（様式58号）」に下記のとおり誤りがありましたので、お詫びして訂正させていただきます。

なお、訂正した診断書様式を添付しますので、複写の上ご使用下さるようお願いいたします。

記

通院医療費公費負担用診断書（様式59号）及び精神障害者保健福祉手帳用診断書（様式58号）共通部分の下線部

- ①発病から現在までの病歴（推定発病年月日、精神科受診歴等）（誤）
受診歴等（正）
- ③現在の病状、状態像等（5）分裂病__残遺状態（誤）
分裂病等残遺状態（正）



診 断 書 (精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男・女
住 所			
① 病名 (ICD カテゴリーは、F0 ～F9 のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICD カテゴリー () (2) 従たる精神障害 _____ ICD カテゴリー () (3) 身体合併症 _____		
② 発病から現在までの 病歴 (推定発病年月日、 精神科受診歴等)			
③現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む) (1)抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () (2)躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 () (3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 () (4)精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 () (5)分裂病等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍磨 3 意欲の減退 4 その他 () (6)情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他 () (7)不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他 () (8)痙れんおよび意識障害 1 痙れん 2 意識障害 3 その他 () (9)精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () (10)知能障害 1 知的障害 (精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 痴呆			
④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状等			

⑤生活能力の状態（過保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判定して下さい。）

1 現在の生活環境

入院 ・ 入所（施設名 ） ・ 在宅 ・ その他（ ）

2 日常生活能力の判定（該当するものを○で囲んでください。）

(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

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) 金銭管理と買い物

適切にできる ・ 概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 ・ 概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 ・ 概ねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身の安全の保持・危機対応

適切にできる ・ 概ねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的手続きや公共施設の利用

適切にできる ・ 概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 ・ 概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（該当するものを○で囲んでください。）

(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、日常生活及び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。

⑥現在の精神保健福祉サービスの利用状況

（社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等）

⑦備考

平成 年 月 日

医療機関所在地

名称

診療科名

電話番号

医師氏名（自署または記名捺印）

*判定

障害者手帳					通院医療費公費負担		
1	2	3	不承認	保留	承認	不承認	保留

診 断 書 (通院医療費公費負担用)

氏 名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	男・女
住 所			
① 病名 (ICD カテゴリーは、F0 ～F9 のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICD カテゴリー () (2) 従たる精神障害 _____ ICD カテゴリー () (3) 身体合併症 _____		
② 発病から現在までの 病歴 (推定発病年月日、 精神科受診歴等)			
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲む) (1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () (2) 躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 () (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 () (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 () (5) 分裂病等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍磨 3 意欲の減退 4 その他 () (6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他 () (7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他 () (8) 痙れんおよび意識障害 1 痙れん 2 意識障害 3 その他 () (9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () (10) 知能障害 1 知的障害 (精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 痴呆			

④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状等
⑤現在の治療内容 1 投薬内容 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無 (有 ・ 無)
⑥今後の治療方針
⑦現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等)
⑧備考
平成 年 月 日 医療機関所在地 名 称 診療科名 電話番号 医師氏名 (自署または記名捺印) _____

*判定

承認	不承認	保留
----	-----	----