

■ **診断書の必要数**：現在の1通 or 認定日(初診から1年半後： 年 月 日～3ヶ月以内)と現在の2通

■ **精神科の初診日が他院の方**：初診日 年 月 日 → その時の保険証の種類：国保 or 社保

・ 他院の初診日の受診状況証明書はご用意していますか？： はい or いいえ or これから用意する

・ 発病時の職業はなんでしたか？（学生、アルバイト、正社員など）：

■ **幼い頃の発育・養育歴** 親のことや乳幼児期の発達の遅れなど。特になければ『特になし』も可。

■ **教育歴**（□にチェックを入れてください）

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・特別支援学級・特別支援学校

その他・高校卒業後（ ）

不登校の有無など（ ）

■ **職歴・休職や無職の期間など**

※平成○年4月～平成○年10月正社員、令和○年3月～令和○年9月アルバイト、その後無職 のように記入してください。

■ **通院歴** ※同一医療機関の入院と外来は、分けて記入してください。

医療機関名：	治療期間： 年 月～ 年 月	入院 or 外来
病名：	主な療法：	軽快 or 悪化 or 不変
医療機関名：	治療期間： 年 月～ 年 月	入院 or 外来
病名：	主な療法：	軽快 or 悪化 or 不変
医療機関名：	治療期間： 年 月～ 年 月	入院 or 外来
病名：	主な療法：	軽快 or 悪化 or 不変
医療機関名：	治療期間： 年 月～ 年 月	入院 or 外来
病名：	主な療法：	軽快 or 悪化 or 不変
医療機関名：	治療期間： 年 月～ 年 月	入院 or 外来
病名：	主な療法：	軽快 or 悪化 or 不変
医療機関名：	治療期間： 年 月～ 年 月	入院 or 外来
病名：	主な療法：	軽快 or 悪化 or 不変

診断書が2枚必要な方は、ここから下は、認定日当時の状況と現在の状況の2枚記入してください。

医師に「日常生活がいかに制限されているか」を正確に伝えるために、「できないこと」を遠慮なく具体的に記入してください。

■ 現在の生活環境：チェックを入れてください

入院 入所 (施設名 _____)

在宅 (同居者の有無： 有 無) ・ その他 (_____)

■ 一般的な状況：家族や家族以外との対人関係についても具体的に記入してください。

- ・記入例：家族や他人との交流はなく、ひきこもり状態。食事は総菜や出前ですませている。
- ・記入例：家族が家事をしてくれている。家族とのみ最低限の交流はあるが、他人との交流はない。

【過去1年間の病状と経過】

■ 休養・入院の状況

- ・寝たきりだった期間や、外出が全くできなかった期間 (例：〇月～〇月はほぼ布団から出られなかった)
- ・入院や休職の期間、または退職に至った経緯 (例：〇月に退職、その後は自宅療養中)

■ 睡眠と食欲

- ・中途覚醒や早朝覚醒の頻度 (例：週に4日は深夜2時に目が覚める)
- ・食事の摂取状況 (例：1日1食、コンビニのパンのみ。体重が5kg減った)

【日常生活の制限（具体的に何ができないか）過去1年間の病状と経過】

■ 身のまわりの清潔保持

- ・入浴や着替えの頻度 (例：意欲がわからず週に1回しか入浴できない。家族に促されてようやく着替える)
- ・部屋の掃除やゴミ出しは誰がしているか (例：すべて家族任せ)

■ 食事の準備・片付け

- ・自炊はできるか (例：火を使うのが怖くてできない。包丁を握る気力がなく、家族に用意してもらおうか弁当のみ)

■ 外出の頻度

・月に何回程度、どのような目的で外出するか (例：通院以外は一步も出ない)

Form box for frequency of going out

■ 対策

・外出するためにどのような工夫をしているか (例：頓服を飲まないと出られない。深夜や早朝の人がいない時間帯のみ移動する)

Form box for countermeasures

【自傷・他害行為、および危機的状況】

■ 自傷行為

・リストカット、過剰服薬 (オーバードーズ) などの有無 (例：〇月に〇回、週に1回程度など)

Form box for self-harm behavior

■ 他害・迷惑行為

・物壊、家族への暴力、大声で騒ぐなどの有無 (例：〇月に壁を殴って穴を開けた)

Form box for harm to others

・保護されたり、救急搬送されたりした事実 (例：具体的日付や状況)

Form box for protection or ambulance

■ 身体所見：精神疾患に伴う神経学的な症状があれば記載。麻痺なども含む。

Form box for physical findings

■ 臨床検査 (心理テスト・認知テスト結果※実施年月日も記入 ・知能障害の場合は知能指数、精神年齢を含む)

Form box for clinical tests

■ 福祉サービスの利用状況 (就労移行支援施設や訪問看護、障害福祉サービス等)

※自立支援医療 (精神通院医療)、精神障害者保健福祉手帳も含む ※手帳は、等級と交付年月日を記入

Form box for welfare services