様式第16号

（表　　面）

特別障害者手当認定診断書（精神の障害用）

①（ふりがな） 氏　　名		男・女	②生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
③住　　所			④障害の原因となった傷病名	
⑤傷病発生年月	主な精神障害　昭和 平成 令和　　年　　月　　日 合併精神障害　昭和 平成 令和　　年　　月　　日 合併身体障害　昭和 平成 令和　　年　　月　　日		⑥合　併　症	精神障害 身体障害
⑦④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		⑧将来再認定の要	有（　　年後）・無

⑨ 現病歴（陳述者より聴取）

ア　発病以来の病状と経過

陳述者の氏名

患者との続柄

イ　発病以来の治療歴

（病院名）	（治療期間）	（入院・外来別）（病名）（主な療法）（転帰）
㋐	年　月　～　年　月	入・外
㋑	年　月　～　年　月	入・外
㋒	年　月　～　年　月	入・外
㋓	年　月　～　年　月	入・外

⑩ これまでの発育・養育歴等（出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、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

障害の状態（令和　　年　　月　　日現症）

	現在の病状又は状態像		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。
現症	⑪ 知能障害等	1　知的障害 知能指数又は発達指数（ＩＱ・ＤＱ　　） テスト方式（　　）　テスト不能 判　　定（最重度、　重度、　中度、　軽度） 判定年月日（平成・令和　　年　　月　　日） 2　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 3　学習障害　ア　読み　イ　書き　ウ　算数 エ　その他（　　） 4　その他（　　）	
	⑫ 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（　　）	
	⑬ 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（　　） ・てんかん発作のタイプ（　　） ・てんかん発作の頻度（（年間・月・週）　回程度）	

（裏　　面）

<table>
<tr><td rowspan="6">現症</td><td>⑭ 精神症状</td><td>1　幻覚　　2　妄想　　3　自閉　　4　無為
5　感情の平板化　6　不安　　7　恐怖　　8　強迫行為
9　思考障害　　10　心気症　　11　中毒嗜癖
12　うつ状態　　13　そう状態　14　その他（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td>⑮ 問題行動及び習癖</td><td>1　興奮　　2　暴行　　3　多動　　4　拒絶
5　自殺企画　　6　自傷　　7　破衣　　8　不潔
9　放火・弄火　　10　器物破壊　　11　徘徊・浮浪
12　盗み　　13　性的逸脱行動
14　排泄の問題　（尿失禁、便失禁、便こね、その他）
15　食事の問題　（拒食、異食、大食、小食、偏食、その他）
16　そ　の　他　（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td>⑯ 性格特徴</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑰ 日常生活能力の程度（必ず記入してください）</td><td colspan="2">1　食　　事　（・ひとりでできる　・介助があればできる　・できない　）
2　用便（月経）の始末　（・ひとりでできる　・介助があればできる　・できない　）
3　衣　服　の　着　脱　（・ひとりでできる　・介助があればできる　・できない　）
4　簡　単　な　買　物　（・ひとりでできる　・介助があればできる　・できない　）
5　家　族　と　の　会　話　（・通じる　・少しは通じる　・通じない　）
6　家族以外の者との会話　（・通じる　・少しは通じる　・通じない　）
7　刃物・火の危険　（・わかる　・少しはわかる　・わからない　）
8　戸外での危険（交通事故）から身を守る　（・守ることができる　・不十分ながら守ることができる　・守ることができない　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記の内容を具体的に記載して下さい。</td></tr>
<tr><td>⑱ 要注意度</td><td colspan="2">1　常に厳重な注意を必要とする　　2　随時一応の注意を必要とする　　3　ほとんど必要ない</td></tr>
<tr><td>⑲ 備考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。　　令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称

所　在　地

診療担当科名　　医師氏名

◎　下記の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷書ではっきりと書いてください。

注　意

1　この診断書は、特別障害者手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
　この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、できるだけ詳しく記入してください。

2　○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。また、記入する欄（　　）は具体的に詳しく記入してください。
　なお、記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。

3　⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。
　前に他の医師が診断している場合は、その父母等の申立てによって記入してください。
　また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。

4　⑪から⑮までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。

5　知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑪の欄に記入してください。

6　⑱の欄は、⑪から⑰までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。

7　診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。