別紙10

診断書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 男 ・ 女 |
| 就学状況 | 不就学 | 在学（学校名、学年） | 卒業 |
| 就労状況 | 就労場所 | １　なし | ２　授産施設 | ３　小規模作業所 | ４　あり（具体的に） | ５　その他 |
|  |  |  | （　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　） |
| 就労能力 | １　障害のために就労できない | ２　障害のために就労に高度の制限を受けている | ３　障害のために就労に制限を受けている | ４　就労にほとんど制限を受けない |
| 注　Ⅰ、Ⅱ及びⅢが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。 |

|  |
| --- |
| Ⅰ　精神神経障害の程度 |
| 診断名 |  |
| 障害固定又は障害確定（推定） | 年 | 月 | 日 |  |
| 精神の症状又は状態像 | （ 易怒 、興奮 、拒絶 、衝動 、多動 、寡動、自閉 、過敏 、睡眠障害 、その他 ） | てんかん発作　（けいれん発作） |
| なし |
| 身体所見（神経学的検査所見を含む） |  | あり | （　　　回/年　　月　　週　　日） |
|  | ・　強直～間代性 |
|  | ・　欠神性 |
| 型 | ・　精神運動性 |
|  | ・　その他（　　　　　　　　　　） |
| 知能障害の状態 | 判定（正常 、境界線 、軽度 、中度 、重度 、最重度） | テスト方式（　　　　　　　） | テスト不能 |
| 知能指数又は発達指数（ＩＱ・ＤＱ　　　　　　　　　　） | 精神年齢（ＭＡ） |
| 日常生活状況 | 日常生活能力 | 日常生活能力の判定 | （　該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと　） |
| 喫食 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 食事の用意後後片付け | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 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　） |
| 入浴・洗面・着衣 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 簡単な買い物 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 家族との話 | （　通じる | 少しは通じる | 通じない　） |
| 家族以外の者との話 | （　通じる | 少しは通じる | 通じない　） |
| 刃物・火事の危険 | （　わかる | 少しはわかる | わからない） |
| 火気の使用 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 戸外での危険（交通事故等）から身を守る | （　守れる | 不十分ながら守れる | 守れない　） |
| 乗り物を利用した外出 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 電話の応対 | （　できる | 少しはできる | できない　） |
| その他 |  |
| 日常生活の介助指導の必要度 | １　極めて手数のかかる介助を必要とする | ２　比較的簡単な介助と生活指導を必要とする |
| ３　生活指導を必要とする | ４ 　活指導の必要がない |
| 現在行っている治療 |  |
| 症状のよくなる見込 |  |
| その他特記すべき事項 |  |
| 上記のとおり診断しました。 | 印 |
| 年 | 月 | 日 | 居住地又は勤務先 |  |
| 医師氏名 |  |
| ＊　患者の身体状況について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。 |

|  |
| --- |
| Ⅱ　運動障害の程度 |
| 診断名 |  |
| 障害固定又は障害確定（推定） | 年 | 月 | 日 |  |
| 関節運動範囲 | 関節名又は部位 | 運動の種類方向 | 自動的可能度 | 他動的可能度 |
|  |  |  |  |
| 歩行（平地） | 可能（　　　　　㎞） | つたい歩き可能 | 不能 |
| 起立位 | 可能 | 不能 |  |
| 座位 | 正座 | 横座 | あぐら | 脚をなげ出して座る | うずくまる | 不能 |
| 下肢長 | 右 | ｃｍ | 左 | ｃｍ |  |
| 握力 | 右 | ｋｇ | 左 | ｋｇ |  |
| 運動麻痺 | 右左 | 上肢 | 右左 | 下肢 |
| 弛緩性 | 痙性 | 不随性 | 強剛 | しんせん | 失調 |
| その他の運動障害 | （巧遅性、スピード等） |
| 日常生活状況 | 日常生活能力の判定 | （　該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと　） |
| 食事 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 用便の始末 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 入浴・洗面 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| 着衣 | （　ひとりでできる | 介助があればできる | できない　） |
| その他 |  |
| 現在行っている治療 |  |
| 症状のよくなる見込 |  |
| その他特記すべき事項 |  |
| 上記のとおり診断しました。 | 印 |
| 年 | 月 | 日 | 居住地又は勤務先 |  |
| 医師氏名 |  |

|  |
| --- |
| Ⅲ　その他の障害の程度（視力、聴力、咀嚼言語機能障害等） |
| 診断名 |  |
| 障害固定又は障害確定（推定） | 年 | 月 | 日 |  |
| 障害の状態及び検査所見 |  |
| 日常生活状況 |  |
| 現在行っている治療 |  |
| 症状のよくなる見込 |  |
| その他特記すべき事項 |  |
| 上記のとおり診断しました。 | 印 |
| 年 | 月 | 日 | 居住地又は勤務先 |  |
| 医師氏名 |  |