

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

表面

《精神の障害》

国民年金 厚生年金保険 船員保険

診断書 (精神の障害用) 様式第120号の4

氏名 (フリガナ) 生年月日 昭和 年 月 日生 (歳) 性別 男・女  
平成 年 月 日

住所 住所別の郵便番号 都道府県 都市 市区

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷病の発生日 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  
⑤ 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 確定推定 症状のよくなる見込... 有 ・ 無 ・ 不明 ⑥ 既往症

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 (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業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 ウ 職歴

エ 治療歴 (書ききれない場合は⑩「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)

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。)

前の診断書の記載時との比較(前の診断書を作成している場合は記入してください。)

I 抑うつ状態 1 変化なし 2 改善している 3 悪化している 4 不明

II そう状態 1 抑うつ状態 2 興奮状態 3 躁うつ気分

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 善い奇異な行為 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 減衰思考 5 衝動行為 6 自傷 7 無動・無反応 8 その他( )

V 統合失調症等狭義状態 1 自傷 2 感情鈍麻 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 不穏状態 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)

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 3 その他症状等

VIII 学習の困難 1 読み 2 書き 3 計算 4 その他( ) 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他( )

IX 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( )

X 人格変化 1 欠陥状態 2 無関心 3 無為 4 その他症状等( )

XI 乱用、依存等(薬物等名) 1 乱用 2 依存 3 離脱

XII その他 [ ]

①障害年金の支給を求める傷病名を記入します。該当するICD-10コードを必ず記入してください。

⑦特に知的障害や発達障害については、これまでの状態を参考としますので、できるだけ詳しく記入するようにしてください。

過去の障害の状態について記入する場合は、現症日までの状況を当時のカルテに基づいて記入してください。

年金の請求時又は障害状態確認届を前回作成している場合は記入してください。

該当する病状や状態像に○を付けてください。

VI てんかん発作のタイプは次の通りです。  
A: 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
B: 意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
C: 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
D: 意識障害はないが、随意運動が失われる発作

※本人の障害および状態に無関係な欄は、斜線で消してください。

「診療録」確認済手には本人の申立ての年月日を記入してください。本人の申立ての場合は、それを確認した年月日を記入してください。

①の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で初診が確認できるときは、「診療録で確認」に○を付けてください。確認できないときは、「本人の申立て」に○を付けて、申立て年月日を記入してください。

記入漏れがないようお願いいたします。

程度・症状を具体的に記入してください。投薬治療を行っているときは、処方薬名や用量なども記入してください。

《お願い》  
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。  
記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただくことがありますので、ご承知置きください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

《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。)

裏面

「日常生活能力の判定」は、一人で生活している場合を想定して判断してください。  
 (1)～(7)の項目に判断の基準となる例がありますので参考にして、該当する項目の□にレ印(チェック)を付けてください。

ここでいう「行わない」は、障害の性質上の行動であり、性格や好き嫌いなどで行わないことは含みません。

就労している場合は、本人などから聴きとり、できるだけ記入するようお願いいたします。

診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏(ICD-10コードが「F4」)の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分(感情)障害」の病態を示しているときは、その旨と示している病態のICD-10コードを記入してください。

記入漏れがないようお願いします。

<p>ウ 日常生活状況</p> <p>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)</p> <p>(イ) 全般の状況(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。)</p> <p>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。)</p> <p>(1) 適切な食事 配膳などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることが可能なこと。  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが時 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> できない若しくは行わない</p> <p>(2) 身辺の清潔保持 洗面、洗髪、入浴等の身の衛生の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。  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが時 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> できない若しくは行わない</p> <p>(3) 金銭管理と買い物 金銭を独力で適切に管理し、やりくりが可能なこと。また、一人で買い物が可能であり、計画的な買い物ができること。  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時 <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> できない若しくは行わない</p> <p>(4) 通院と服薬(薬・不薬) 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こと。  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時 <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> できない若しくは行わない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 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こと。  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時 <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> できない若しくは行わない</p> <p>(6) 身辺の安全保持及び危険対応 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などを含めて、適正に対応することができること。  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時 <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> できない若しくは行わない</p> <p>(7) 社会性 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こと。  <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時 <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> できない若しくは行わない</p>	<p>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、状態をもっと適切に記載できる(精神障害)又は(知的障害)のどちらかを併用してください。</p> <p>(精神障害)                  (1) 精神障害(病的状態・残遺症状・認知症・性格変化等)を認めるが、社会生活は普通に行える。                  (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、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行えないこともある。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、着く適正を欠く行動を受け入れられる。自発的な発言が少ない、あっても簡単な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。)</p> <p>(知的障害)                  (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通に行える。                  (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、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なく、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できない程度)</p>
<p>エ 現症時の就労状況</p> <p>○勤務先 ・ 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他( )</p> <p>○雇用体系 ・ 障害者雇用 ・ 一般雇用 ・ 自営 ・ その他( )</p> <p>○勤続年数( 年 月) ○仕事の頻度(週に( )日)</p> <p>○ひと月の給与( 円程度)</p> <p>○仕事の内容</p> <p>○仕事場での援助の状況や意思疎通の状況</p>	<p>オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)</p> <p>カ 臨床検査(心理テスト(知的障害の場合には、知能指数、精神年齢を含む。))</p> <p>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)</p>
<p>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。)</p>	
<p>⑫ 予 後(必ず記入してください。)</p>	
<p>⑬ 備 考</p>	

「日常生活能力の程度」は、知的障害以外の精神疾患であれば(精神障害)欄の、知的障害であれば(知的障害)欄の(1)～(5)のいずれかに○を付けてください。  
 なお、発達障害については、知的障害と同様の症状が顕著にあらわれている場合は(知的障害)欄に記入していただいて構いません。

●日常生活能力の程度を判断するに当たり、各項目に記載している例を参考にして、生活全般を総合的に判断してください。

知的障害や発達障害の場合は、知能指数または、精神年齢を必ず記入してください。

障害者自立支援法による障害福祉サービスなどを利用しているときは、種類や内容を記入してください。

できるだけ詳しく記入してください。

てんかん、知的障害、発達障害、認知症、高次脳機能障害などは、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などでそれぞれの疾患の専門医師として従事している方であれば精神科の医師でなくても作成することができます。

上記のとおり、診断します。平成 年 月 日 (精神保健指定医 号)  
 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師氏名 印