

診断書									
(ふりがな) 児童氏名						年 月 日生(歳)		男・女	
住 所		郵便番号(-)							
①	障害の原因となった傷病名		ICD-10コード()						
②	傷病発生 年 月	主な精神障害	年 月	③	合併症	精神障害:			
		合併精神障害	年 月			身体障害:			
		合併身体障害	年 月						
		診療録で確認 ・ 本人の申し立て			④	①のため初めて医師の診断を受けた日 年 月 日 診療録で確認 ・ 本人の申し立て			
⑤	現病歴(陳述者より聴取)発病以来の症状と経過								
	陳述者の氏名				患者との続柄				
⑥ これまでの発育・養育歴 (出生からの発育の状況 や養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。)									
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。			
	⑦	知的障害等	1	知的障害 知的障害又は発達指数(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 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					
			3	学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他()					
			4	その他()					
	⑧	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			限定した常同的な反復的な関心と行動						
4			その他()						
⑨	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() ・てんかんの発作タイプ() ・てんかんの発作頻度(年間・月・週) 回程度						
⑩	運動機能	1	筋力(上肢の筋力、下肢の筋力、全身の筋力)						
		2	筋肉弛緩と緊張 3 麻痺 4 不随意運動 5 運動の強弱・速さ等の調整 6 身体関節部位の可動 7 身体関節部位の変形・拘縮 8 その他筋骨格系の障害 9 原始反射の残存 10 身体図式 11 協応性 12 巧緻性 13 姿勢保持 14 姿勢変化 15 粗大運動 16 手指・手腕運動 17 その他()						
⑪	精神症状 問題行動 習慣	1	興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 衝動性						
		6	自傷 7 破衣 8 不潔 9 不注意 10 室内器物破損 11 徘徊 12 不安 13 恐怖 14 かんしゃく 15 攻撃性 16 排泄の問題(尿失禁、便失禁、便秘、その他) 17 食事の問題(拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 18 その他()						

現 症	⑬	日常生活の能力の程度	1 食事 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立) 2 洗面 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立) 3 排泄 [おむつ必要 ・ おむつ不要 全介助 ・ 半介助 ・ 自立] 4 衣服 [脱げない ・ 着れない ボタン不能 ・ 自立]	5 入浴 (全介助 ・ 半介助 ・ 自立) 6 危険物 [全くわからない ・ 大体わかる 特定の物、場所はわかる 7 睡眠 [夜眠らず騒ぐ ・ 時々不眠 寝ぼける]
	⑭	要注意度	1 常に嚴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	
⑮	医学的総合判定 (必ず記入してください)			
⑯	備 考			

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印

【記入上の注意】

- この診断書は、児童の健康及び発達状況を把握するための資料の一つです。
この診断書は児童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、詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片を貼り付けて記入してください。
- ④の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく児童が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断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。
- ⑦から⑪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。
児童に該当しない【現症】の欄は記入せず、斜線を引いてください。
- 知能に関して、症状等がある場合は知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。
- ⑭の欄は、⑦から⑬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。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、医師氏名の上にその旨を記載してください。