

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）チェックシート【医療機関用】

①欄	主たる精神障害に病名が記載されていますか。 (状態像、略称、日本語以外の標記、主病名が「知的障害」で従病名がない場合×)
	ICDコードはF00～F99またはG40で記載されていますか。
②欄	初診年月日は診断書作成日より6か月以上前の日付が記載されていますか。 (診断書③欄の推定発病時期は、初診年月日とは異なります。)
③欄	高次脳機能障害等の器質性精神障害の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日は記載されていますか。
④欄	症状、状態像等の具体的項目（1・2・3・ア・イ・ウ等）に○がついていますか。
④欄(9)	(9)に該当する場合「※現在の精神作用物質の使用の有無」は記載されていますか。
⑤欄	てんかん発作のタイプ及び発作の頻度、最終発作について最新のものを正しく記載されていますか。
⑥欄1	入所（ ）、その他（ ）の（ ）内に記載がありますか。
⑥欄2	日常生活能力の判定 全項目にどれか一つに○がついていますか。
⑥欄2(4)	通院（要・不要）と服薬（要・不要） 要・不要 どちらかに○がついていますか。 ※現在入院中でも、退院後を想定して通院や服薬が必要かどうかを判断し、記載をしてください。
⑥欄3	日常生活能力の判定 どれか一つに○がついていますか。
⑦欄	精神症状による生活能力の状態について、具体的程度等が記載されていますか。 (就労・就学状況、家事、余暇の過ごし方等)
⑧欄	該当箇所に○印がありますか。
⑧欄5	その他の障害福祉サービスに○がついている場合（ ）内に記載がありますか。
・	診断書作成日、医療機関名、住所等記載されていますか。
・	医師名が記載されていますか。
・	訂正箇所に訂正印がありますか。
・	記載漏れがないか再度確認を行いましたか。