別紙９

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 | |  | | |