

(フリガナ) 氏名		[Redacted]		生年月日	[Redacted]	性別	[Redacted]
住所 〒 [Redacted]							
① 障害の原因 となった 傷病名	うつ病 ICD-10コード(F32)	② 傷病の発生日	令和 [Redacted]	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	本人の発病 時の職業	サービス業	
		③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日	令和 [Redacted]	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て	④ 既存障害	なし	
⑥ 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	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 推定	症状のよくなる見込… <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 不明		⑤ 既往症 なし	
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 [Redacted] 請求人との続柄:本人 聴取年月日 [Redacted]							
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (令和 7 年 2 月 13 日) 当院へは転居に伴い、令和 [Redacted] 日より通院している。初診時の表情は暗く、言葉に詰まる場面も散見される。身長が 163 cm であるのに対し体重が 43kg になっており、減少傾向となっていた。							
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およびこれまでの職歴をできるだけ詳しく記入してください)		ア 発育・養育歴 出生、発育は異常なし。		イ 教育歴 乳児期() <input type="checkbox"/> 不就学・就学猶予 小学校 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校) 中学校 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校) 高校 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通学級・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校) <input type="checkbox"/> その他		ウ 職歴 サービス業等	
エ 治療歴(書ききれない場合は⑬「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下さい。)							
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)		
[Redacted]	[Redacted] 年 [Redacted] 月 ~ [Redacted] 年 [Redacted] 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来	うつ病	<input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法・ <input checked="" type="checkbox"/> 精神療法	<input type="checkbox"/> 軽快・ <input type="checkbox"/> 悪化・ <input type="checkbox"/> 不変		
[Redacted]	[Redacted] 年 [Redacted] 月 ~ [Redacted] 年 [Redacted] 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来	うつ病	<input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法・ <input checked="" type="checkbox"/> 精神療法	<input type="checkbox"/> 軽快・ <input type="checkbox"/> 悪化・ <input checked="" type="checkbox"/> 不変		
[Redacted]	[Redacted] 年 [Redacted] 月 ~ [Redacted] 年 [Redacted] 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 薬物療法・ <input type="checkbox"/> 精神療法	<input type="checkbox"/> 軽快・ <input type="checkbox"/> 悪化・ <input type="checkbox"/> 不変		
[Redacted]	[Redacted] 年 [Redacted] 月 ~ [Redacted] 年 [Redacted] 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 薬物療法・ <input type="checkbox"/> 精神療法	<input type="checkbox"/> 軽快・ <input type="checkbox"/> 悪化・ <input type="checkbox"/> 不変		
[Redacted]	[Redacted] 年 [Redacted] 月 ~ [Redacted] 年 [Redacted] 月	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 薬物療法・ <input type="checkbox"/> 精神療法	<input type="checkbox"/> 軽快・ <input type="checkbox"/> 悪化・ <input type="checkbox"/> 不変		
⑩ 障害の状態 令和 7 年 9 月 30 日現在							
ア 現在の病状又は状態像(該当のローマ字、英数字を選んでください) (前回の診断書の記載時との比較(前回の診断書を作成している場合は記入してください。)) <input type="checkbox"/> 1 変化なし <input type="checkbox"/> 2 改善している <input type="checkbox"/> 3 悪化している <input type="checkbox"/> 4 不明				イ 左記の状態に基づき、その程度・症状・処方薬等を具体的に記入してください。			
<input checked="" type="checkbox"/> I 抑うつ状態 <input checked="" type="checkbox"/> 1 思考・運動制止 <input type="checkbox"/> 2 多弁・多動 <input checked="" type="checkbox"/> 3 憂うつ気分 <input type="checkbox"/> 4 自殺企図 <input type="checkbox"/> 5 希死念慮 <input type="checkbox"/> 6 その他() <input type="checkbox"/> II そう状態 <input type="checkbox"/> 1 行為心迫 <input type="checkbox"/> 2 多弁・多動 <input type="checkbox"/> 3 気分(感情)の異常な高揚・刺激性 <input type="checkbox"/> 4 観念奔逸 <input type="checkbox"/> 5 易怒性・被刺激性亢進 <input type="checkbox"/> 6 誇大妄想 <input type="checkbox"/> 7 その他() <input type="checkbox"/> III 幻覚妄想状態等 <input type="checkbox"/> 1 幻覚 <input type="checkbox"/> 2 妄想 <input type="checkbox"/> 3 させられ体験 <input type="checkbox"/> 4 思考形式の障害 <input type="checkbox"/> 5 著しい奇異な行動 <input type="checkbox"/> 6 その他() <input type="checkbox"/> IV 精神運動興奮状態及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶・拒食 <input type="checkbox"/> 4 減裂思考 <input type="checkbox"/> 5 衝動行為 <input type="checkbox"/> 6 自傷 <input type="checkbox"/> 7 無動・無反応 <input type="checkbox"/> 8 その他() <input checked="" type="checkbox"/> V 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 1 自閉 <input checked="" type="checkbox"/> 2 感情の平板化 <input checked="" type="checkbox"/> 3 意欲の減退 <input type="checkbox"/> 4 その他() <input type="checkbox"/> VI 意識障害・てんかん <input type="checkbox"/> 1 意識混濁 <input type="checkbox"/> 2 (夜間)せん妄 <input type="checkbox"/> 3 もうろう <input type="checkbox"/> 4 錯乱 <input type="checkbox"/> 5 てんかん発作 <input type="checkbox"/> 6 不機嫌症 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D) 2 てんかん発作の頻度 (年間 回、月平均 回、週平均 回程度) <input type="checkbox"/> VII 知能障害等 <input type="checkbox"/> 1 知的障害 <input type="checkbox"/> ア 軽度 <input type="checkbox"/> イ 中等度 <input type="checkbox"/> ウ 重度 <input type="checkbox"/> エ 最重度 <input type="checkbox"/> 2 認知症 <input type="checkbox"/> ア 軽度 <input type="checkbox"/> イ 中等度 <input type="checkbox"/> ウ 重度 <input type="checkbox"/> エ 最重度 <input type="checkbox"/> 3 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> ア 失行 <input type="checkbox"/> イ 失認 <input type="checkbox"/> ウ 記憶障害 <input type="checkbox"/> エ 注意障害 <input type="checkbox"/> オ 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> カ 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 4 学習障害 <input type="checkbox"/> ア 読み <input type="checkbox"/> イ 書き <input type="checkbox"/> ウ 計算 <input type="checkbox"/> エ その他() <input type="checkbox"/> 5 その他 <input type="checkbox"/> VIII 発達障害関連症状 <input type="checkbox"/> 1 相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/> 2 言語コミュニケーションの障害 <input type="checkbox"/> 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 <input type="checkbox"/> 4 その他() <input type="checkbox"/> IX 人格変化 <input type="checkbox"/> 1 欠陥状態 <input type="checkbox"/> 2 無関心 <input type="checkbox"/> 3 無為 <input type="checkbox"/> 4 その他症状等 <input type="checkbox"/> X 乱用、依存等(薬物等名:) <input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存 <input type="checkbox"/> XI その他()				気落ちや苛立ちが募りやすく、集中力や意欲低下が見られている。その結果、不規則な生活リズムや動悸、過呼吸等の症状が続いており、継続した薬物、精神療法が必要な状態である。 内服一覧 デュロキシセチンカプセル30mg2 カプセル 分1 朝食後 エソピクロン錠1mg0.5 錠、ロフラゼパ酸エチル錠1mg0.5 錠 分1 就寝前 レキサルティOD錠1mg1 錠 分1 夕食後			

<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。 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他() (施設名) 同居者の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) (イ) 全般状況 (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) [近隣に住む長女の支援を受けて生活している。職場内での人間関係おまこと構築していない。]</p> <p>2 日常生活能力の判定該当するものにチェックをしてください。 (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><input type="checkbox"/> (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出来るなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自発的には出来るが時には助言や指導を必要とする <input checked="" 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"/> 助言や指導をしてもらえない若しくは行わない</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 身の清潔保持……洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生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"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" 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"/> 助言や指導をしてもらえない若しくは行わない</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 金銭管理と買い物……金銭を独力で適切に管理し、やりくりが出来る。また一人で買い物が可能であり、計画的な買い物が出来るなど <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもらえない若しくは行わない</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 通院と服薬 (<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)……規則的に通院や服薬を行い、症状等を主治医に伝えることができるなど <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもらえない若しくは行わない</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 他人との意思伝達及び対人関係……他人の話を聞く、自分の意見を相手に伝える、集団的行動が行えるなど <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもらえない若しくは行わない</p> <p><input type="checkbox"/> (6) 身の安全保持及び危機対応……事故等の危機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ることが出来るなども含めて、適正に対応することができるなど <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもらえない若しくは行わない</p> <p><input type="checkbox"/> (7) 社会性……銀行での金銭の出し入れや公共施設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など。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもらえ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選んでください。) ※日常生活能力の程度を記載する際には、状態を最も適切に記載できる(精神障害)又は(知的障害)のどちらかを使用してください。</p> <p>(精神障害)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 精神障害(病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等)を認めるが、社会生活は普通にできる。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、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、状況や季節の変化したりすると困難を生じることもある。社会行動や自発的な行動が適切に出来ないこともある。金銭管理は出来ない場合など。)</p> <p><input type="checkbox"/> (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。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (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、著しく適性を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない、あっても発言内容が不適切であったり、不理解であったりする。金銭管理ができない場合など。)</p> <p><input type="checkbox"/> (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)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には援助が必要である。 (たとえば、簡単な漢字の読み書きができ、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)</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活は出来るが、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。具体的な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)</p> <p><input type="checkbox"/> (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、簡単な文字や数字の理解ができ、保護的関与があれば、単純作業は可能である。習慣化していることであって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)</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできていないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、文字や数字の理解力がほとんど無く、簡単な手伝いもできない。言葉による意思の疎通の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 現象時の就労状況</p> <p>○勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> 就労支援施設 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 雇用体系 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 自営 <input checked="" type="checkbox"/> その他(アルバイト) <input type="checkbox"/> 勤続年数 (年 5 ヶ月) <input type="checkbox"/> 仕事の頻度 [<input checked="" type="checkbox"/> 週に <input type="checkbox"/> 月に (5) 日] <input type="checkbox"/> ひと月の給与 (10万 円程度) <input type="checkbox"/> 仕事の内容 洗車 <input type="checkbox"/> 仕事場での援助の状況や意思疎通の状況 体調に従い、作業量の配慮を得ている</p>	<p>オ 身体所見 (神経学的な所見も含む) 特記事項なし</p> <p>カ 臨床検査 (心理テスト・認知検査・知能検査の場合は、知能指数、精神年齢も含む。) 特記事項なし</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) 利用なし</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>近隣に住む 〇〇 の支援を受け、日常生活を維持できている状態である。業務についているものの、抑うつ気分、無気力が持続しているため欠勤や早退もみられ、労働能力は低いと判断する。</p>
<p>⑫ 予 後 (必ず記入してください)</p>	<p>不詳</p>
<p>⑬ 備 考</p>	<p></p>