

⑥ 生活能力の状態 (保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する)

1 現在の生活環境

入院・入所(施設名)・在宅(ア 単身・イ 家族等と同居)・その他()

2 日常生活能力の判定(該当するものを○で囲む)

(1) 適切な食事摂取

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2) 身の清潔保持、規則正しい生活

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買物

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4) 通院と服薬

(I) 要 ・ 不要

(II) 適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身の安全保持・危機対応

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的な手続や公共施設の利用

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度

(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)

- (1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
- (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
- (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
- (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

(障害者総合支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護の有無等)

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名(自署又は記名捺印)

※自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定を同時に必要とする場合は、以下も併せて記載すること。

⑩ 現在の治療内容

1 投薬内容(該当する項目を○で囲んでください)

[1. 抗精神病薬 2. 抗不安薬 3. 抗うつ薬 4. 抗躁薬 5. 抗てんかん薬 6. 睡眠薬 7. その他()]

2 精神療法等

[1. 通院精神療法 2. 標準型精神分析療法 3. 通院集団精神療法 4. ショートケア
5. デイケア 6. ナイトケア 7. デイ・ナイトケア 8. その他()]

3 訪問看護指示の有無(□有 ・ □無)

⑪ 重度かつ継続に関する意見(該当する項目を必ず○で囲んでください)

- 1. 該当
- 2. 非該当(申請しない場合も含みます)

精神医療に3年以上従事した経験の有無(主たる精神障害がF40~F99の場合に記載してください。)

- 1. 有り
- 2. 無し

「1. 有り」の場合、該当する下記項目を○で囲んでください

- 1. 精神保健指定医
- 2. 精神科医(3年以上精神医療に従事)
- 3. その他の医師