

—

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（項目ごとに該当するもの1つを○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) 身の清潔保持及び規則正しい生活

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（要・不要）（「不要」に○をつけた場合にも、通院と服薬の能力について判定する。）

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・娯楽への関心及び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（該当するもの1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（重要な項目でありできるだけ詳細な情報を記載する。また、⑤欄、⑥欄の記載内容、選択項目との整合性に留意のこと。）

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（該当するものを○で囲む。）

1 利用有〔生活訓練・グループホーム・ホームヘルプ・訪問指導・その他（）〕

2 利用無

3 生活保護（有・無）

手帳の交付と自立支援医療（精神通院）の支給認定とを同時に申請する場合は、⑨欄及び⑩欄についても記入する。
ただし、⑩欄は主たる精神障害がICDコードF40～F99である場合に記入する。

⑨ 現在及び今後の治療方針

1 薬物療法（具体的な薬剤名を必ず記載する。）

2 精神療法等

3 訪問看護指示の有無（有・無）

⑩ 医師の略歴及び「重度かつ継続」に関する意見

医師の略歴について該当する□をチェックし、「精神保健指定医」又は「精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年以上）」にチェックした場合は「重度かつ継続」に関する意見について該当する□をチェックしてください。

医師の略歴

□精神保健指定医

□精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年以上）

□精神保健指定医以外の医師（精神医療に従事した期間が3年未満）

「重度かつ継続」に関する意見

□該当と判断する。

□非該当と判断する。

年 月 日

医療機関所在地
名称
電話番号
診療担当科名
医師氏名

審査欄（※ この欄は記載しないこと。）

手帳

1級

2級

3級

不承認

自立支援医療

承認

不承認

重度かつ継続

該当

非該当