様式２－２

診断書（精神障がい用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和  年　　月　　日 | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住　所 | （〒　　　　－　　　　） | | | | | | | |
| 傷病名 | ＩＣＤ－１０コード（　　　　　　） | | | | 初診年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 既住症 |  | | | | 既存障がい |  | | |
| 傷病の発症 | 発症年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 発症時期に  関する所見 |  | | | | | | |
| 発症原因に  関する所見 |  | | | | | | |
| 治療の内容  及び経過 |  | | | | | | | |
| 障がいの  状態の詳細 | 障がいの程度 | □　軽度（労働の制限を受けるものに相当）  □　中度（日常生活が著しい制限を受けるものに相当）  □　重度（常時の介護が必要なものに相当するもの） | | | | | | |
| 障がいの程度  に関する所見 |  | | | | | | |
| 疾病が治った（症状が固定した状態を含む。）かどうか | 治ゆ等年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 治ゆ等に  関する所見 |  | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  病院又は　　所在地  診療所  　　　名　称  診療担当科名　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | |