

参考資料  
(診断書)

国 民 年 金  
厚生年金保険

診 断 書  
(精神の障害用)

様式第120号の4

C

|   |                |                            |                           |  |           |   |
|---|----------------|----------------------------|---------------------------|--|-----------|---|
| (フリガナ)  |                |                            | 生年月日                      | <div><div></div><div>昭和</div><div>平成</div><div>令和</div></div> <div>b</div> 年 月 日生( 歳)  | 性別        | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 氏 名   | a              |                            |                           |  |           |   |
|   | 住所の郵便番号        |                            | 都道府県 市区郡                  |  |           |   |
| 住 所   | —              |                            |                           |  |           |   |
|   | ① 障害の原因となった傷病名 |                            | ② 傷病の発生年月日                |  | 本人の発病時の職業 |   |
| ①   | e              |                            | 昭和 平成 令和 f 年 月 日 ( 年 月 日) |  | 本人の発病時の職業 |   |
|   | ICD-10コード( )   |                            | ③ ①のため初めて医師の診療を受けた日       |  | ④ 既存障害    |   |
| 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 令和 年 月 日 確認 推定          |                           | 症状のよくなる見込... <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明   |           | ⑤ 既往症   |
| ⑦   |                | 陳述者の氏名 請求人との続柄 聴取年月日 年 月 日 |                           |  |           |   |
| 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  |                |                            |                           |  |           |   |
| ⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見<br>初診年月日<br>(昭和 平成 令和 年 月 日)   |                |                            |                           |  |           |   |
| ⑨   |                | ア 発育・養育歴                   |                           | イ 教育歴  |           | ウ 職歴  |
| これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴及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。)  |                |                            |                           | 乳児期<br><input type="checkbox"/> 不就学 ・ <input type="checkbox"/> 就学猶予<br>小学校 ( <input type="checkbox"/> 普通学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校 )<br>中学校 ( <input type="checkbox"/> 普通学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校 )<br>高校 ( <input type="checkbox"/> 普通学級 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校 )<br>その他 |           |   |
| エ 治療歴(書ききれない場合は⑩「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ください。)   |                |                            |                           |  |           |   |
| 医療機関名   |                | 治療期間                       |                           | 入院・外来  | 病名        | 主な療法  |
|   |                | 年 月 ～ 年 月                  |                           | <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来   |           | 転帰(軽快・悪化・不変)  |
|   |                | 年 月 ～ 年 月                  |                           | <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来   |           |   |
|   |                | 年 月 ～ 年 月                  |                           | <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来   |           |   |
|   |                | 年 月 ～ 年 月                  |                           | <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来   |           |   |
|   |                | 年 月 ～ 年 月                  |                           | <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来   |           |   |
| ⑩ 障害の状況 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 現症 )  |                |                            |                           |  |           |   |
| ア 現在の病状又は状態像(該当のローマ数字、英数字にチェックしてください。)  |                |                            |                           | イ 左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。   |           |   |
| <div>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。)</div> <div>I 抑うつ状態<br/><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<br/><input type="checkbox"/> 1 思考・運動制止 <input type="checkbox"/> 2 刺激性・興奮 <input type="checkbox"/> 3 憂うつ気分<br/><input type="checkbox"/> 4 自殺企図 <input type="checkbox"/> 5 希死念慮<br/><input type="checkbox"/> 6 その他 ( )</div> <div>II そう状態<br/><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<br/><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<br/><input type="checkbox"/> 7 その他 ( )</div> <div>III 幻覚妄想状態等<br/><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<br/><input type="checkbox"/> 5 著しい奇異な行為 <input type="checkbox"/> 6 その他 ( )</div> <div>IV 精神運動興奮状態及び昏迷の状態<br/><input type="checkbox"/> 1 興奮 <input type="checkbox"/> 2 昏迷 <input type="checkbox"/> 3 拒絶・拒食 <input type="checkbox"/> 4 滅裂思考<br/><input type="checkbox"/> 5 衝動行為 <input type="checkbox"/> 6 自傷 <input type="checkbox"/> 7 無動・無反応<br/><input type="checkbox"/> 8 その他 ( )</div> <div>V 統合失調症等残遺状態<br/><input type="checkbox"/> 1 自閉 <input type="checkbox"/> 2 感情の平板化 <input type="checkbox"/> 3 意欲の減退<br/><input type="checkbox"/> 4 その他 ( )</div> <div>VI 意識障害・てんかん<br/><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<br/><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 ( )<br/>※発作のタイプは記入上の注意参照<br/>てんかん発作の状態<br/>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 )<br/>2 てんかん発作の頻度 ( 年間 回、月平均 回、週平均 回 程度 )</div> <div>VII 知能障害等<br/><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<br/><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<br/><input type="checkbox"/> 3 高次脳機能障害<br/><input type="checkbox"/> ア 失行 <input type="checkbox"/> イ 失認<br/><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<br/><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 ( )<br/><input type="checkbox"/> 5 その他 ( )</div> <div>VIII 発達障害関連症状<br/><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<br/><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 ( )</div> <div>IX 人格変化<br/><input type="checkbox"/> 1 欠陥状態 <input type="checkbox"/> 2 無関心 <input type="checkbox"/> 3 無為<br/><input type="checkbox"/> 4 その他症状等 ( )</div> <div>X 乱用、依存等(薬物等名: )<br/><input type="checkbox"/> 1 乱用 <input type="checkbox"/> 2 依存</div> <div>XI その他 [ ]</div> |                |                            |                           |  |           |   |

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください)

(お願い)臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください

(お願い)太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください

