

障害年金ヒアリングシート(精神用)

(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日(歳)
住所	〒					

②傷病の発症年月日		本人の発症時の職業	
③初めて医師の診療を受けた日		⑤既往症	

※初診病院と現在の病院が異なる場合は受診状況等証明書を添付してください

YouTube

初診日とは？

初診日の証明方法

転院しているケース

⑨

ア【発育・養育歴】	イ【教育歴】		ウ【職歴】
	小学校	(普通学級・特別支援学級・特別支援学校)	
	中学校	(普通学級・特別支援学級・特別支援学校)	
	高校	(普通学級・特別支援学校)	
	その他	()	

⑨エ【治療歴】 ※一番古い通院歴から順番に記入してください

病院名	入・外	通院期間	傷病名	主な治療法	症状
	入院・外来				軽快・悪化・不変
	入院・外来				軽快・悪化・不変
	入院・外来				軽快・悪化・不変
	入院・外来				軽快・悪化・不変
	入院・外来				軽快・悪化・不変
	入院・外来				軽快・悪化・不変
	入院・外来				軽快・悪化・不変

⑩ウ

(ア)	現在の生活環境	在宅・入院・入所()・その他()
	同居者の有無	有り・無し(一人暮らし)
(イ)	家族やそれ以外の人との人間関係について詳しく教えてください	



一人暮らしと
障害年金



単身での障害年金
ポイント





単身で認められた
事例集



⑩エ 現在就労している場合は就労の事を教えてください

仕事内容			
雇用体系	<input type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他()		
勤続年数	年 ヶ月	仕事の頻度	週に・月に 日
就労時間	1日 時間	ひと月の給料	円
■仕事場で何か援助を受けていれば教えてください			
■仕事場で意思疎通で困るエピソードがあれば教えてください			
■その他に仕事や通勤中で困ることがあれば教えてください			



就労と障害年金





就労で認められた
事例集



キ福祉サービスの利用状況

自立支援医療費制度	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回
通所サービス	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回
訪問介護	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回
訪問看護	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回
()	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回
()	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回
()	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回
()	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週()回 <input type="checkbox"/> 月()回

キ障害者手帳

精神手帳	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	等級	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> ()



 YouTube



当シートの目的 障害年金とは？ 障害年金と障害者手帳









【SNS】

 無料相談


 facebook


 Twitter


 Instagram


【参考資料】

認定基準



診断書記載要領



受診状況等証明書



診断書



現在

平成 年 月 日

時点の症状につきまして日常生活の様子を教えてください

(1)適切な食事摂取

- ・食事は誰が用意してくれたものを食べますか？ 自分 / 家族 / 外食・コンビニ
- ・自分で栄養バランスを考えた献立を考えることはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・自分で料理することはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・袋のインスタントラーメンを作ることはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・カップ焼きそば（UFO）を作ることはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・リンゴなどの果物を自分で剥いて食べられますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・食事は家族等の促しなく、自発的に食べられますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・食事は一人ではなく、家族等と一緒に食べることができますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・1日3食規則正しく食べていますか？ はい / いいえ 1日 回
- ・3度の食事はほぼ同じ時間に取れていますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・食欲にムラはありませんか？ ムラはない/ムラがある
- ・健康時に比べて体重の増減はありますか？ ない/約 kg 増加 / 減少 / 増減を繰り返す
- ・食事に関して他に困ったエピソードがあれば教えてください

[]

(2)身辺の清潔保持

- ・身なりに気を配ることができますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・部屋の掃除は自分でできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・布団を干すことはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・洗濯、食器などの洗い物はその都度ために洗うことができますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・寝間着のまままで過ごさず、朝起きたら着替えますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・着替えの頻度を教えて下さい 毎日/___日に1回
- ・入浴は自主的に毎日入れますか？ できる/助けがないとできない/できない
その頻度を教えてください。 週___回（湯船に浸かれる / シャワーのみ）
- ・洗顔、歯磨き、お化粧、髭剃りなどが毎日できますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・身辺の清潔保持に関して他に困ったエピソードがあれば教えてください

[]

(3)金銭管理と買物

- ・現在、ご自身の生活費は誰が負担していますか？ 自分の収入・貯蓄 / 家族 / その他
- ・金銭管理は適切にできますか？ できる/浪費する事がある
- ・金銭は誰が管理をしていますか？ 本人/家族
- ・衝動買いは無く、計画的に買物ができますか？ できる/衝動買いをする事がある
- ・家賃、光熱費、食費、スマホ代など金銭管理はご自身でできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・借金はありますか？ ない/ある（現在 / 過去 最大 万円程）
- ・自己破産の経験はありますか？ ない/ある（ 年 月頃）
- ・一人で外出（買い物等）はできますか？ できる / 同伴者がいれば可/できない
- ・値札に30%OFFなどの表示がある場合はすぐに計算できますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・服はサイズや季節感など合ったものを購入できますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・レジでの支払いは適切にできますか？ できる/小銭の計算が難しい/できない
- ・その他金銭管理に関するエピソードがあれば教えてください

[]

(4)通院と服薬

- ・初めての病院でも一人で通院できますか？ できる / 付き添いが必要
- ・一人で通院できますか？ できる / 付き添いが必要
- ・予約の時間は守れていますか？ 守れている / 遅れてしまう事がある
- ・予約をキャンセル、変更することはありますか？ ない/キャンセルや変更することがある
- ・通院することに苦痛(緊張・不安・イライラ等)を感じる事がありますか？ ない/ある
- ・薬を飲み忘れたり、飲んだかどうか分からなくなることはありますか？ ない/ある
- また、ある場合、どの位の頻度でありますか？ 週____回位/毎日
- ・薬を飲んで効果を実感できず、自己判断で多めに飲むことはありますか？ ない/ある
- ・服薬管理は自分一人で出来ますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・医師に伝えたいことや聞きたいことを漏れなく伝えることはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・その他通院や服薬に関するエピソードがあれば教えてください

[]

(5)他人との意思伝達及び対人関係

- ・他人との会話(電話を含む)を楽しむことはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・他人に会うことに支障はありませんか？ 問題ない / 緊張や苦痛が伴う
- ・自ら家族に話しかけ、会話することができますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・インターホンや電話の応答は問題なくできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・新たな友人を自分から作ることは出来ますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・発病以降、これまでの友人・同僚と交流はありますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・同窓会、冠婚葬祭に出席したり近所付き合いはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・集団の中で生活は出来ますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・対人関係によるトラブルは起きた事がありますか？ ない/ある
- ある場合、具体的に教えてください
- ・その他対人関係に関するエピソードがあれば教えてください

[]

(6)身の安全保持及び危機対応

- ・車の運転はできますか？ する/できない
- ・赤信号や歩行者、車に気付かずハットしたことはありますか？ ない/ある
- ・駅のホームで吸い込まれそうな感覚になる事がありますか？ ない/ある
- ・集中力・注意力の低下を自覚することはありますか？ ない/たまにある/ある
- ・電気の消し忘れや鍵のかけ忘れなどがありますか？ ない/たまにある/ある
- ・ガスの消し忘れや刃物の片付け忘れなどがありますか？ ない/たまにある/ある
- ・何も無い所でつまずいたり転倒することはありますか？ ない/たまにある/ある
- ・刃物や包丁は周囲に注意を払って使用することができますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・地震などの突発的な状況で落ち着いて適切な判断・行動はできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・アクシデント時に他人に援助を求めることはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・希死念慮(死んでしまいたいという気持ち)はありますか？ ない/ある
- ・自殺企図はありますか？ ない/ある (OD / リストカット / その他)
- ・その他、安全保持及び危機対応に関するエピソードがあれば教えてください

[]

(7)社会性

- ・周囲の状況に合わせて、臨機応変に行動することができますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・バス、電車に乗れますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・バス、電車の乗り換えはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・バス、電車が遅延しても適切に対応ができますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・役所や銀行に一人で行くことはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・ATMでお金の振込みはできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・窓口の人に必要事項を伝え、手続きに必要な用紙を受け取り
必要事項をご自身で記入できますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・日付や郵便番号などは適切に思い出せますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・印鑑や身分証明書など、手続きに必要な物の管理はできますか？ できる/助けがないとできない/できない
- ・窓口の人に説明してもらっても理解できず、頭が真っ白になってしまい、
途中で何をすべきか分からなくなってしまうことはありますか？ ない/ある
- ・窓口の人の態度が事務的だとイライラしたり落ち込むことはありますか？ ない/ある
- ・その他、社会性に関するエピソードがあれば教えてください

[]