

▼ 診断書作成のお助けツール

💡 診断書作成の準備をしよう

このツールを活用することで、お医者さんが助かるだけでなく、診断書に適切な障害状態を反映する手助けになります。

01 診断書の依頼時に持っていくモノ

下のリストを使って、**診断書の作成を依頼する際に必要となるモノ**を準備しましょう。

✓	書類名	説明文
✓	ガイド	このガイドことです。
✓	診断書	年金事務所でもらえる書類です(詳しくはP.13へ)
✓	委任状 (本人以外の場合)	請求する本人以外が相談に行くときは「委任状」が必要です。
(その他)		

※持ち物は病院によって異なるので、主治医に確認してください

02 診断書の作成に役立つツール

下のリストを使って、**診断書の作成を依頼する際に必要となるモノ**を準備しましょう。

申請方法			書類名		ページ
事後重症	本来請求	遡及請求	シート名	内容	
○	○	○	シート①	相談準備シート	
○	○	○	シート③	診断書作成用カルテ	
—	—	○	シート④-1	傷病シート・障害認定日	
○	○		シート④-2	傷病シート・現在	
△	△	△	受診状況等証明書		

※受診状況等証明書は初診病院と診断書の病院が違う場合に必要です

💡 相談準備シート

年金事務所で質問される内容です。記入して相談の時に見せましょう。

(1) ご請求者の情報

氏名	フリガナ	生年月日	昭和		年	月	日	()	歳
	旧姓 ()		平成						
	基礎年金番号							性別	
				-					男・女
住所	〒 -		都道府県		市区				

※年金手帳に日本年金機構からの送付される書類などに記載されている番号です

(2) ご家族の情報

氏名 (配偶者)	フリガナ	生年月日	昭和		年	月	日	()	歳
	基礎年金番号		平成						
				-					年金受給の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (老齢・障害・遺族)
氏名 (子1)	フリガナ	生年月日	平・令		年	月	日	()	歳
			障害の有無		有・無				
氏名 (子2)	フリガナ	生年月日	平・令		年	月	日	()	歳
			障害の有無		有・無				
氏名 (子3)	フリガナ	生年月日	平・令		年	月	日	()	歳
			障害の有無		有・無				

記載例はコチラ



③ 申請する病名

--

④ 通院歴

① 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

② 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

③ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

④ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

⑤ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

⑥ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

記載例はコチラ



⑤ 事前にチェックしておく事項

Q.1 現在通院中の主治医に障害年金申請についてご相談されていますか？		
はい . いいえ		
Q.2 障がい者手帳は持っていますか？		
はい . いいえ . 申請中		
「はい」の場合	手帳の種類: (<input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神) 等級: <input type="text"/> 級 病名: (<input type="text"/>)	
Q.3 傷病手当金を受けていますか？		
現在、受給中である . 過去に受給したことがある . 受給したことはない		
「受給中」の場合	受給期間:	※ 現在受給中の方は予定年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月まで
	ひと月当たりの金額:	約 <input type="text"/> 万円程
Q.4 「失業手当」を受けていますか？		
受給中である (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月ごろまで) . 検討中である . 受けていない		
Q.5 「児童扶養手当」を受けていますか？ (※児童手当とはことなりますのでご注意ください)		
受給中である . 検討中である . 受けていない		
Q.6 「公的な年金」を受けていますか？		
受給中 . 受給していた (<input type="checkbox"/> 老齢・ <input type="checkbox"/> 障害・ <input type="checkbox"/> 遺族) . 受けていない		
Q.7 「生活保護」を受けたことはありますか？		
受給中である (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月まで) . 検討中である . 受けていない		

記載例はコチラ



 診断書作成用カルテ

(1) これまでの経過

① これまでの発育・教育暦など

(生まれてから発育の状況や教育暦などをできるだけ詳しく記入してください)

■発育・養育歴 (当てはまるものに✓)

- とくに問題はなかった 少し発達に遅れがあった 健診にて指摘があった その他問題があった

上記について詳しく教えてください。

■教育歴

- 不就学・ 就学猶予

- ・ 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・特別支援学級・特別支援学校)

(その他)

(2) コミュニケーション

② 生活状況について

■生活の状況について (当てはまるものに✓)

- 同居・ 単身・ 入院(病院)・ 入所(施設:)
- その他 ()

③ 家族や家族以外との対人関係

■コミュニケーションソカ (当てはまるものに✓)

- 家族や家族以外とのコミュニケーションに問題はない
- 家族や親しい人とのコミュニケーションには問題はないが、家族以外には問題がある
- 家族や家族以外とのコミュニケーションに問題がある
- その他 ()

(詳細)

■問題の内容 (当てはまるものに✓)

- 緊張 不安 恐怖 意思疎通が難しい 喋りたくない トラブルが起こる めんどくさい
- 苦痛 その他 ()

(詳細)

記載例はコチラ



(2)福祉サービスの利用状況

④福祉サービスの利用状況

- 自立訓練 共同生活援助（グループホーム） 短期入所（ショートステイ）
 居宅援助（ホームヘルプ） 訪問介護・看護 同行援助 行動援助
 就労移行支援 就労継続支援（A・B） 就労定着支援
 その他の障害福祉サービス

（詳細）

(3)就労状況

⑤これまでの職歴

⑥具体的な就労の様子

障害認定日当時

現在

職場	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> 就労支援施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> 就労支援施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
働き方	<input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 障害者雇用 <input type="checkbox"/> 一般雇用 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他（ ）
勤続年数	年 ヶ月くらい	年 ヶ月くらい
仕事の頻度	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 （ ）日	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 （ ）日
ひと月の給与	円くらい	円くらい
仕事の内容		
職場でのサポートや意思疎通		

記載例はコチラ





傷病シート： 現在用

POINT

精神の障害では、日常生活能力が審査に大きな影響を与えます。次の各質問に答えて、日常生活において困っていることを診断書にしっかりと反映してもらうようにしましょう。

1 適切な食事

↓当てはまるものに○↓

食事は誰が用意してくれたものを食べられますか？	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ができますか？	できる・助けがないとできない・できない
自分で料理を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
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

2 身の清潔保持

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
寝間着のまま過ごさず、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
洗濯、食器などの洗い物は都度ためず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
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

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
一人で外出(買物等)はできますか？	できる・同伴者がいれば可・できない
適切な金銭管理はできますか？	できる・助けがないとできない・できない
値札に30%OFFなどの商事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
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

記載例はコチラ



4 通院と服薬

↓当てはまるものに○↓

初めて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？	守られている・遅れてしまう事がある
医師に伝えたい事や聞きたい事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

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
インターネット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
対人関係によるトラブルは起きたことがありますか？	ない・ある

6 身の安全保持及び危機対応

赤信号や歩行者、車に気づかずハッとしたことはありますか？	ない・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
電気の消し忘れや鍵のかけ忘れなどはありますか？	ない・たまにある・ある
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
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

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
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
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

記載例はコチラ





傷病シート： 現在用

POINT

精神の障害では、日常生活能力が審査に大きな影響を与えます。次の各質問に答えて、日常生活において困っていることを診断書にしっかりと反映してもらうようにしましょう。

1 適切な食事

↓当てはまるものに○↓

食事は誰が用意してくれたものを食べられますか？	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ができますか？	できる・助けがないとできない・できない
自分で料理を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
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

2 身の清潔保持

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
寝間着のまま過ごさず、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
洗濯、食器などの洗い物は都度ためず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
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

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
一人で外出(買物等)はできますか？	できる・同伴者がいれば可・できない
適切な金銭管理はできますか？	できる・助けがないとできない・できない
値札に30%OFFなどの商事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
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

記載例はコチラ



4 通院と服薬

↓当てはまるものに○↓

初めて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？	守られている・遅れてしまう事がある
医師に伝えたい事や聞きたい事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

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
インターネット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
対人関係によるトラブルは起きたことがありますか？	ない・ある

6 身の安全保持及び危機対応

赤信号や歩行者、車に気づかずハッとしたことはありますか？	ない・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
電気の消し忘れや鍵のかけ忘れなどはありますか？	ない・たまにある・ある
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
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

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
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
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

記載例はコチラ



▼診断書をご作成いただく先生へ

1: 各シートの見方

表面

(精) 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

氏名	ネキン 年金 ハナコ 花子		生年月日	昭和 56年 11月 24日生 (43歳)	性別	男 (女)	
住所	東京都 千代田区 霞が関0-0-0						
① 障害の原因となった傷病名	うつ病		② 傷病の発生日	昭和 29年 10月 頃	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 29年 10月 25日	
④ ICD-10コード (F32)	F40.1						
⑤ 傷病が治った状態になった日	令和 3年 9月 13日						
⑥ 陳述者の氏名	年金 太郎		請求人との続柄	夫		聴取年月日	
⑦ 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	平成29年10月頃より抑うつ症状を認め、近医心療クリニックを受診。H30年6月初旬に転居に伴い転医となる。以降、定期的に通院を継続する。R3年9月13日に当クリニックを受診した。						
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見	不眠、意欲低下、抑うつ気分、緊張を認めた。						
⑨ 初診年月日	平成 29年 9月 13日						
⑩ ア 発育・養育歴	イ 教育歴		ウ 職歴				
3歳児健診にて発語の遅れを指摘		乳児期 不登校、就学猶子、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、特別支援学校、高校 普通学級、特別支援学校、その他		会社員など			
エ 治療歴 (書ききれない場合は「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	転帰(軽快・悪化・不変)		
ねんきん心療クリニック	H30年 6月～R3年 9月	入院 (外来)	うつ病	薬物療法	悪化		
厚生ねんきん病院	H30年 6月～R3年 9月	入院 (外来)	うつ病	薬物療法	不変		
年金こころのクリニック	R3年 9月～現在	入院 (外来)	うつ病	薬物療法・精神療法	不変		
年 月～年 月	年 月～年 月	入院・外来					
年 月～年 月	年 月～年 月	入院・外来					
⑪ 障害の状態 (平成 令和 6年 12月 18日 現症)							
ア 現在の病状又は状態像 (該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)							
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。)							
1 変化なし 2 改善している 3 悪化している 4 不明							
I 加うつ状態							
1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 自殺企図 5 希死念慮 6 その他 ()							
II そう状態							
1 行動心拍 2 多弁・多動 3 気分(感情)の異常な高揚・刺激性 4 観念奔逸 5 易怒性・攻撃性亢進 6 誇大妄想 7 その他 ()							
III 幻覚妄想状態 等							
1 幻覚 2 妄想 3 させられ体験 4 思考形式の障害 5 著しい奇異な行為 6 その他 ()							
IV 精神運動興奮状態及び昏迷の状態							
1 興奮 2 昏迷 3 拒絶・拒食 4 減衰思考 5 衝動行為 6 自傷 7 無動・無反応 8 その他 ()							
V 統合失調症等残遺状態							
1 自閉 2 感情の平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()							
VI 意識障害・てんかん							
1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 ()							
・てんかん発作の状態 ※発作のタイプは記入上の注意参照							
1 てんかん発作のタイプ (A・B・C・D)							
2 てんかん発作の頻度 (年間 回、月平均 回、週平均 回、週平均 回)							
VII 知能障害等							
1 知的障害 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度							
2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度							
3 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害							
4 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 計算 エ その他 ()							
5 その他 ()							
VIII 発達障害関連症状							
1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害							
3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他 ()							
IX 人格変化							
1 欠陥状態 2 無関心 3 無為 4 その他 ()							
X 乱用、依存等 (薬物等名)							
1 乱用 2 依存							
XI その他 []							

発病日・初診日

P.17の受診状況等証明書(コピー)をご覧ください

ICDコード

F4(神経症)は、原則、対象外となります
↓詳細はコチラの動画↓



下記日付を記入

今後の申請:
請求から3ヵ月以内

過去の申請:
認定日から3ヵ月以内

障害認定日

障害認定日は
P.12を
ご覧ください

フォーマットはこちらから
DLしてもご利用いただけます!



シート①,②

(ア・イ)
→ P.20の①を
ご覧ください

(ウ)
→ P.21の⑤を
ご覧ください

シート①

P.9を
ご覧ください

ご注意ください

該当するものに
○印をお願いします

シート③

P.20の③を
ご覧ください

シート③

P.20の④を
ご覧ください

シート④1.2

(障害認定日)

→ P.22~23を
ご覧ください

(現在)

→ P.24~25を
ご覧ください

シート③

P.21の⑥を
ご覧ください

※空欄でも問題ありません

ウ 日常生活状況 1 家庭及び社会生活についての具体的な状況 (ア) 現在の生活環境 (該当するものを○で囲んでください。) 入院 ・ 入所 ・ 在宅 ・ その他 () (施設名) 同居者の有無 (有 ・ 無) (イ) 全般的状況 (家族及び家族以外の者と対人関係についても 具体的に記入してください。) 家族以外との交流は乏しい 2 日常生活能力の判定 (該当するものにチェックしてください。) (判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください。) (1) 適切な食事—配膳などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることがほぼできるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自発的に行うことが困難な場合がある <input checked="" type="checkbox"/> 自発的かつ適正に行うことができない <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない (2) 身の清潔保持—洗面、洗髪、入浴等の身の衛生保持や着替え等ができる。また、 自室の清掃や片付けができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自発的に行うことが困難な場合がある <input checked="" type="checkbox"/> 自発的かつ適正に行うことができない <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない (3) 金銭管理と買い物—金銭を独力で適切に管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で 買い物が可能であり、計画的な買い物ができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない (4) 通院と服薬 (要・不要)—規則的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない (5) 他人との意思伝達及び対人関係—他人の話を聞く、自分の意思を相手に伝える、集団 行動が行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない (6) 身の安全保持及び危機対応—事故等の危険から身を守る能力がある、通常と異なる 事態となった時に他人に援助を求めるなどを合せて、 適正に対応することができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない (7) 社会性—銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で可能。また、社会生活に 必要な手続きが行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input checked="" type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない		3 日常生活能力の程度 (該当するものを○で囲んでください。) ※日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっと適切に 記載できる (精神障害) 又は (知的障害) のどちらかを使用してください。 (精神障害) (1) 精神障害 (病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等) を 認めるが、社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、 社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化し たりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切に 出来ないこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。) (3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、 時に応じて援助が必要である。 (たとえば、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導 を必要とする。社会的な対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。 金銭管理が困難な場合など。) (4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、 多くの援助が必要である。 (たとえば、著しく適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない も、あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭 管理ができない場合など。) (5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないた め、常時の援助が必要である。 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的に することができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添い が必要な場合など。) (知的障害) (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。 (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、 社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能であ るが、抽象的なことは難しい。身辺生活一人でできる程度) (3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、 時に応じて援助が必要である。 (たとえば、ごく簡単な読み書きや計算はでき、助言などがあれば作業は 可能である。具体的な指示があれば理解ができ、身辺生活についてもおお むね一人でできる程度) (4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、 多くの援助が必要である。 (たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的環境であれば単純作業 は可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身 辺生活についても部分的にできる程度) (5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないた め、常時の援助が必要である。 (たとえば、文字や数の理解力がほとんど無く、簡単な手伝いもできない。 言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身辺生活の処理も一人 ではできない程度)
エ 現症時の就労状況 <input type="radio"/> 勤務先 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他 () <input type="radio"/> 雇用体系 障害者雇用 ・ 一般雇用 ・ 自営 ・ その他 () <input type="radio"/> 勤続年数 (1 年 2 ヶ月) <input type="radio"/> 仕事の頻度 (週に : 月に (5) 日) <input type="radio"/> ひと月の給与 (210,000 円程度) オ 身体所見 (神経学的な所見を含む。) カ 臨床検査 (心理テスト・認知検査、知的障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。) キ 福祉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、 共同生活援助、居宅介護、その他障害福祉サービス等) 就労定着支援	倉庫内での軽作業 ○仕事場での援助の状況や意思疎通の状況 保護的環境における限定された業務のみを行っている。 就労定着支援にて月1回以上面談を行い、必要 な支援・配慮を得ながらの就労している。	
⑪ 現症時の日常生活活動能力及労働能力 (必ず記入してください。) 日常生活能力においては、家族の支援が必要。 労働能力においては、保護的環境でなければ困難な状態。		
⑫ 予後 (必ず記入してください。) 不変		
⑬ 備考		

ご注意ください

こちらの欄を参考に
ご評価ください

シート③

P.21の④を
ご覧ください

ご注意ください

両方の記載が必要です

- ・ 日常生活能力
- ・ 労働能力

精神の障害に係る
等級判定ガイドライン/

ご作成医の先生方へ

精神の障害につきましては、等級判定ガイドラインにより上記「赤枠部分の合計点」にて等級目安を決定
 することとされます。ご参考までにご確認いただけますと幸いです。

※その他考慮すべき事項もあり

