

氏名				生年月日	昭・大・昭・平	年	月	日	男・女
障害の原因となった傷病名 (ICD-10分類)									
発病年月日	昭・平	年	月	日	初診年月日	昭・平	年	月	日
上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む)となった日		昭・平 年 月 日							
意見書作成医療機関における初診時所見(主訴及び症状)									
障害と関係があると考えられる生活史・既存障害等									
発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、その他参考となる事項									
就労の状況(該当するものを1つ選び、○を付けてください。) 就労している 就労していない 不明									
治療歴									
医療機関名	治療期間	入院外来別	病名	主な療法					
	年 月 ~ 年 月	展・経							

精神症状の状態(該当のローマ数字、英数字に○をつけてください。)	左記の状態について、その程度・症状を具体的に記載してください。
I 抑うつ状態 1 憂うつ気分 2 思考・行動の閉止 3 その他	
II 不安の状態 1 恐怖 2 強迫 3 心気性 4 その他	
III 意欲低下の状態 1 関心・自発性の低下 2 その他	
IV 慢性化した幻覚・妄想性 1 幻覚 2 妄想 3 その他	
V 記憶又は知的能力の障害 1 記憶・道徳障害 2 仮性痴呆 3 その他	
VI その他(衝動性の障害、不定愁訴など) 1 多動 2 衝動行動 3 焦燥感 4 その他	
就労意欲の状態(該当するものを1つ選び、○をつけてください。)	
1 概ね正常	
2 意欲低下(程度・状態:)	
3 欠落	
能力低下の状態(以下の全ての項目について、該当するものを1つ選び、○をつけてください。) ※	
I 身近日常生活 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
II 仕事、生活に積極性・関心を持つこと 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
III 通勤・勤務時間の遵守 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
IV 普通に作業を持続すること 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
V 他人との意思伝達 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
VI 対人関係・協調性 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
VII 身の安全保持・危機の回避 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
VIII 困難・失敗への対応 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない	
備考(心理検査の結果、アフターケアの要否等)	

※ 各能力の判定の要点は、裏面に記載しているとおりです。

上記のとおり診断いたします 平成 年 月 日
病院又は診療所の名称 診療担当科
所在地 医師氏名