

# 診 断 書

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒      ー
	明・大・昭・平    年    月    日生 (      歳)		連絡先      (      )

(1) 精神疾患の病名

1. 主たる精神障がい      ICD10カテゴリー (      )

2. 従たる精神障がい      ICD10カテゴリー (      )

(2) 発病から現在までの病歴

1. 推定発病年月日 ( 昭和・平成・令和      年      月 )

2. 初診年月日 ( 昭和・平成・令和      年      月      日 )

3. 入院歴

    昭和・平成・令和      年      月～      年      月

    昭和・平成・令和      年      月～      年      月

    昭和・平成・令和      年      月～      年      月

4. 治療経過、生活状況、社会資源利用状況等

(3) 現在の病状・状態像等

・現在の治療内容

・今後の治療方針

(4) 備考

上記の通り、診断します。      令和      年      月      日

病院又は診療所の名称  
所在地  
電話番号

診療担当科名  
医師氏名      印

診 断 書

氏名	(ふりがな) ふくおか たろう 福岡 太郎	男 ・ 女	〒 810 - 0072 福岡市中央区長浜一△-△-△
	明・大・昭・平△△年8月16日生 ( 55 歳)		連絡先 092 ( △△△ ) △△△

(1) 精神疾患の病名

1. 主たる精神障がい ICD10カテゴリー ( F06 ) **脳梗塞後遺症による  
高次脳機能障害**

2. 従たる精神障がい ICD10カテゴリー ( )

(2) 発病から現在までの病歴

1. 推定発病年月日 (昭和・平成・令和 X年 7月)

2. 初診年月日 (昭和・平成・令和 X年 7月 28日)

3. 入院歴

昭和・平成・令和 X年 7月～ X年 7月 A病院  
昭和・平成・令和 X年 7月～ X年 12月 現在 B病院  
昭和・平成・令和 年 月～ 年 月

4. 治療経過、生活状況、社会資源利用状況等

令和X年7月2日に自宅で倒れ、A病院に救急搬送された。右中大脳動脈の梗塞所見を認め、保存的に治療された。左片麻痺と高次脳機能障害があり、7月28日にリハビリ目的でB病院に転院。平成X+1年1月下旬に退院の予定。仕事は休職中。

(3) 現在の病状・状態像等

左に軽度のマヒがあるが、歩行は自立し、食事やトイレ等の身の回りの動作は可能。しかし記憶障害、注意障害、遂行機能障害、半側空間無視があり、動作のひとつひとつに声掛けや見守りが必要。本人は病識がなく、自分は前と変わらないと思っている。

・現在の治療内容

入院による3時間/日のリハビリ及び投薬 (〇〇、〇〇)

・今後の治療方針

退院後は近医にて、再発予防のための投薬治療を行う予定である。また復職に向けて、高次脳機能障害のリハビリを自立訓練で行う必要がある。

(4) 備考

退院後は単身生活に戻るが、調理、掃除、洗濯などは障害によりできないため、ホームヘルパー等の生活面への支援も必要と思われる。入所による自立訓練も検討中である。

外傷性脳損傷、脳血管障害、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などで

F04 記憶障がい  
F06 注意障がい・遂行機能障がい  
F07 人格および行動障がい

復職に向けての自立訓練が必要である旨をご記入ください。

上記の通り、診断します。 令和X年12月1日

病院又は診療所の名称 B病院 診療担当科名 リハビリテーション科  
所在地 福岡市〇〇区〇〇△-△-△-△号 医師氏名 〇〇 〇〇 印  
電話番号 092-△△△-△△△△