

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)チェックシート【医療機関用】

<input type="checkbox"/>	①欄 主たる精神障害に病名が一つだけ記載されていますか（『状態像』、『略称』、『日本語以外の標記』は不可）
<input type="checkbox"/>	①欄 ICDコードはF00～F99またはG40で記載されていますか
<input type="checkbox"/>	①欄 ICDコードは英字1桁と数字2桁もしくは3桁で記載されていますか
<input type="checkbox"/>	②欄 初診年月日は診断書作成日より6か月前の日付が記載されていますか
<input type="checkbox"/>	③欄 推定発病年月・受診歴が記載されていますか
<input type="checkbox"/>	④欄 病状、状態像等の具体的項目（1・2・3・ア・イ・ウ等）に○がついていますか
<input type="checkbox"/>	⑤欄 病状・状態像等について具体的症状、その程度、検査所見等について記載がありますか
<input type="checkbox"/>	⑤欄 てんかんの場合、発作についての記載がありますか（発作型、頻度、最終発作年月日）
<input type="checkbox"/>	⑥欄1 入所（ ）、その他（ ）の（ ）内に記載がありますか
<input type="checkbox"/>	⑥欄2 日常生活能力の判定 全項目にどれか一つに○がついていますか
<input type="checkbox"/>	⑥欄2(4) 通院（要・不要）と服薬（要・不要） 要・不要 どちらかに○がついていますか
<input type="checkbox"/>	⑥欄3 日常生活能力の程度 どれか一つに○がついていますか
<input type="checkbox"/>	⑦欄 生活能力の状態について、具体的程度等が記載されていますか
<input type="checkbox"/>	⑧欄 該当箇所に○印がありますか
<input type="checkbox"/>	⑧欄 5 その他の障害福祉サービスに○がついている場合（ ）内に記載がありますか
<input type="checkbox"/>	診断書作成日、医療機関名、住所等記載されていますか
<input type="checkbox"/>	医師名が記載されていますか
<input type="checkbox"/>	訂正箇所に訂正印がありますか