

診 断 書					（療育手帳交付申請用）
ふりがな 1 氏名		男女	生年月日	平成 年 月 日	
2 住所					
3 障害名	精神遅滞 原因疾患 () ア 合併精神障害 () イ 合併身体障害 ()				
4 障害の現症	知能程度	1 最重度 IQ 20程度以下 2 重度 IQ 20～35程度 3 中度 IQ 35～50程度 4 軽度 IQ 50～75程度			
	生活介護度	1	2	3	4
	内容	基本的生活習慣面で常時全ての面で介護を要する	基本的生活習慣面で常時多くの面で介護を要する	基本的生活習慣面で時々あるいは一部介護を要する	基本的生活習慣面は概ね自立し介護を要しない
	行動指導度	1	2	3	4
内容	不適応行動のため常時付き添い保護が必要である	不適応行動のため時に応じ保護が必要である	行動面に対し注意や指導が必要である	不適応行動はほとんど認められない	
治療看護度	1	2	3	4	
内容	心身の健康に嚴重な治療看護が必要である	心身の健康に常に注意や治療看護が必要。発作頻発傾向等	挿間的周期的に発作や精神変調等があり治療看護が必要である	心身が健康で特に配慮の必要なし	
5 主症状及び合併症の程度					
6 総合診断 (知的障害の程度)	1 最重度	2 重度	3 中度	4 軽度	
7 備考					
上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 病院又は診療所名 診療担当科名 医師氏名					
					印