

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齡	才	
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1 精神機能の障害 (□にチェックを付けること)				
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし				
<input type="checkbox"/> 専門家による診断が必要				
〔 専門家による診断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況 (できるだけ具体的に記載してください。 (注1)) 〕				
2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 (□にチェックを付けること)				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
診断年月日	令和 年 月 日			
病院、診療所又は介護老人保健施設等の				
名 称				
所 在 地				
TEL () (注2)				
医 師 氏 名 印				

(注1) 精神機能の障害程度・内容により、許可(登録、免許、指定、届出)された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意志疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書きください。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。