診　　断　　書

氏　　名		性　　別	男	女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	年　　齢	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）

□　明らかに該当なし
□　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）

□　なし　　□　あり

診断年月日	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。