

# 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。