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）  　□　明らかに該当しない  　□　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者でない。 | | | | | | |
| 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。