診 断 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 　 名 |  | | 性 別 | 男 女 |
| 生年月日 | 年 　 月 　 日 | | 年 令 | 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  □ 専門家による判断が必要  専門家による判断が必要な場合は、診断名及び現に受けている治療の内容  並びに現在の状況をできるだけ具体的に記載して下さい。（注１）    ２．麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒    □ 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 及 び 所 在 地 | | 電話 （ 　　 ）　　 （注２） | | |
| 医 師 の 氏 名 | |  | | |
| （注１）精神機能の障害の程度・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、判断及び意思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下さい。  （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下さい。 | | | | |