

# 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)			
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし			
<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> 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。