

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢	才	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能の障害（□にチェックを付けること）</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当しない</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による診断が必要</p> <p style="margin-left: 20px;">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））</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でない。</p>				
診断年月日	年 月 日			
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所 在 地</p> <p style="text-align: center;">TEL () (注2)</p> <p>医師氏名 印</p>				

(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。