

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭和 平成 年 月 日 西暦	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下さい。（注1））			
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）病院、診療所又は介護老人保健施設等の電話番号は必ず記載して下さい。