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）） ２．麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 診断年月日 | 令和　　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 　　　　　　　　　　　　　℡ 　　　　（　　　　）　　　　　　　（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。