

# 診 断 書

|      |                |       |       |
|------|----------------|-------|-------|
| 氏 名  |                | 性 別   | 男 女   |
| 生年月日 | 昭和<br>平成<br>西暦 | 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

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）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。