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。  　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） | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 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 | | ℡ 　　　（　　　　）　　　　（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。