診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | 性　別 | 男 | 女 | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | 年　齢 | 歳 | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  　　（各項目について該当する□欄にチェックを付けてください。）  　１　精神機能  　　　 精神機能の障害  　　 □　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」に該当する場合は、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記載すること（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）      　２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒  　　　 □　なし  　　　 □　あり | | | | | | |
| 診断年月日 | 年　 月 　日 | | | | | |
| 医　　　師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等 | 名　　称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 氏名 | | ㊞ | | | | |

1. 精神機能の障がいの程度・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。

1. 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・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。

1. 印鑑は医師の個人印を押印して下さい。