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。