

# 診 断 書

氏 名			
生 年 月 日	昭 和 平 成 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。			
精神機能の障がい(□にチェックを付けること。)			
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし			
<input type="checkbox"/> 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)			
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			
所在地			
Tel. ( ) (注2)			
-----			
医 師 の 氏 名			

(注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。

(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。