

# 診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 齢	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）			
<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ください。（注1））			
2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者ではない。			
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ください。

(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ください。