

診 断 書

氏 名			
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。 1. 精神機能の障がい（□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）） 2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でない。			
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 電話： () (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。