

診 断 書

氏 名			
生 年 月 日	年	月	日

上記の者について、下記のとおり診断します。

診断名及び現に受けている治療の内容並び現在の状況（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

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。