

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。 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。