診　　断　　書

氏　　名			
生 年 月 日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日生	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。