

診 断 書

氏 名			
生 年 月 日	年 月 日 生	年 齢	歳
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障がい (□にチェックを付けること)</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>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))</p> </div>			
診断年月日	年 月 日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p style="margin-left: 40px;">名 称</p> <p style="margin-left: 40px;">所在地</p> <p style="margin-left: 80px;">電 話 () (注2)</p> <p style="margin-left: 40px;">医師の氏名</p>			

(注1) 精神機能の障がいの程度・内容により、許可(認定、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。