

## 診断書

氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
<p>上記のものについて、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障害(該当する□にチェックを付けてください)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>明らかに該当なし</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>専門家による診断が必要</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">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ください。)(注1))</p> </div> <p>2. 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者でない</p>			
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: 20px;">名 称</p> <p style="margin-left: 20px;">所在地</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Tel. ( ) (注2)</p> <p style="margin-left: 20px;">医師の氏名</p>			

(注1)精神機能の障害の程度・内容により、許可(登録、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害の程度・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。