診断書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
|

|  |
| --- |
|  上記のものについて、下記のとおり診断します。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)□明らかに該当なし□専門家による診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ください。(注１)）２．麻薬、大麻、あへん又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Tel.　　　　　（　　　　　）　　　　　（注２）医師の氏名　　　　 |

 (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。