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。