



診 断 書

氏 名	〇〇 〇〇		
生 年 月 日	●●年 ●月 ●日生	年 齡	●●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)			
<input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px;">チェックされているか</span>			
<input type="checkbox"/> 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))			
診断年月日	年 月 日	診断日が3か月以内のものか	
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（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。