

診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
<p>上記の者について、次のとおり診断します。</p> <p>精神機能の障がい（□にチェックをつけること）</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> <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ください。（注1）） ）</p>			
診断年月日	令和 年 月 日		
<p>医療機関</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p>TEL : (注2)</p> <p>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（登録、免許、指定、届出）された業務を行うに当たって、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ください。

（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ください。