

# 診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齡	歳
上記の者について、下記のとおり診断します。			
精神機能の障がい（□にチェックを付けること）			
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし			
<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	令和 年 月 日		
医療機関			
名 称			
所在地			
Tel ( ) (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（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、判断及び意志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。