

診 断 書

氏名： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日生 (歳)

上記の者について、次のとおり診断します。

精神機能の障害 (□にチェックしてください。)

- 明らかに該当しない
 専門家による判断が必要

診 断 名	
現在受けている治療の内容	
現在の状況 (具体的に)	

*記載できない場合、別紙を添付してください。

診断年月日：令和 年 月 日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等の TEL： ()

医師の氏名：

(注1) 精神機能の障がいの程度・内容により、許可等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。