

診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 令	才

上記の者について、下記のとおり診断します。

(1) 精神の機能の障害の有無

無 有

(2) 上記の者の能力に関する意見及び判断の根拠

※ 能力に関する意見(意思疎通ができるか否かなど)及びその判断の根拠(診察時に行った試験結果や、親族等からの聞き取りの結果など)

※詳細については別紙も可

診断年月日	年 月 日		
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称		
	所在地	T E L	
	氏 名	⑤	