

# 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	④	