**診 断 書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | | | | 性 別 | 男 女 |
| 生年月日 | 大正  　昭和 年 月 日  　平成 | | | | 年 齢 | 才 |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  （□にチェックを付けること）  １．精神機能の障害     * 明らかに該当なし * 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））            ２ □　麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者でない。 | | | | | | |
| 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 | ℡ （ ） | | | |
| 氏 名 |  | | | |

（注）

○ 精神機能の障害により、許可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どうかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的に記載して下さい。