診断書（成年後見用）

1　氏名　　生年月日　　年　　月　　日生（　　）歳

2　医学的診断

□　診断名

□　精神上の障害の程度　□重度　□中等度　□軽度

精神障害者保健福祉手帳　□１級　□２級　□３級　□なし　□不明

療育手帳　□Ａ１　□Ａ２　□Ａ３　□Ｂ１　□Ｂ２　□なし　□不明

□　所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症，合併症など）

（該当する場合にチェック　□遷延性意識障害又はそれに準ずる重篤な意識障害）

3　判断能力についての意見（下記のいずれかにチェックしてください。）

□　自己の財産を管理・処分することができない。**（後見相当）**

□　自己の財産を管理・処分するには，常に援助が必要である。**（保佐相当）**

□　自己の財産を管理・処分するには，援助が必要な場合がある。**（補助相当）**

□　自己の財産を単独で管理・処分することができる。

＜判定の根拠＞（該当する箇所にチェック）

□　意識／疎通性　□意思疎通不可　□意思疎通可（□言語　□動作　□筆談　□その他　）

□　記憶力　自己の年齢　□回答不可　□回答可　□

経歴　□回答不可　□回答可　□

□　見当識　日時　□回答不可　□回答可　□

場所　□回答不可　□回答可　□

近親者　□判別不可　□判別可　□

□　計算力　□計算は全くできない　□

□　理解・判断力　□理解不能　□

□　画像診断（□ＣＴ　□ＭＲＩ）による脳の萎縮又は損傷

□著しい　□部分的に見られる　□ない　□未実施

□　各種検査

ＨＤＳ－Ｒ（□　点：　年　月　日実施　□未実施　□実施不可　□実施拒否）

ＭＭＳＥ　（□　点：　年　月　日実施　□未実施　□実施不可　□実施拒否）

知能検査［　　］（ＩＱ＝　：　年　月　日実施　□未実施）

□　その他特記事項

4　回復の可能性　□全くない　□ほとんどない　□ある　□不明・その他

5　備考（本人以外の情報提供者など）

以上のとおり診断します。　年　月　日

担当医師　氏（フリガナ）名　印　（　科）

病院又は診療所の所在地・名称

〒　TEL　（　）