

診 断 書 (成年後見用)

(前橋家庭裁判所本庁・支部提出用)

1 氏 名	男・女
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)
2 医学的診断 (<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他)	
(1) 診断名	
(2) 所見 (現在の精神状態と関連する病歴及び合併症など)	
(3) 精神上の障害の程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 特記事項	
(4) 障害の現状 <input type="checkbox"/> 植物状態もしくはこれに準じる <input type="checkbox"/> 簡単な指示に応答することはあるが、それ以上の意思の疎通ができない <input type="checkbox"/> その他 ()	
(5) 回復の可能性 <input type="checkbox"/> 障害が固定している可能性が高い <input type="checkbox"/> 障害が回復する可能性がある <input type="checkbox"/> その他 ()	
3 判断能力の程度 <input type="checkbox"/> 日常的な買い物も単独でできない <input type="checkbox"/> 日常的な買い物は単独でできるが、重要な財産行為をするには常に援助が必要である <input type="checkbox"/> 重要な財産行為をするには、援助が必要な場合がある <input type="checkbox"/> 自分の財産を単独で管理・処分できる	
4 判定の根拠等	
(1) 精神の状態 <input type="checkbox"/> 年齢や経歴の記憶がない <input type="checkbox"/> 会話ができない <input type="checkbox"/> 場所や時間の見当識がない <input type="checkbox"/> 近時記憶 (最近の出来事に関する記憶) に障害がある <input type="checkbox"/> 計算がほとんどできない <input type="checkbox"/> 近親者の判別ができない <input type="checkbox"/> その他 ()	
(2) 各種検査結果等 (実施があれば、該当する項目に記入してください)	
長谷川式簡易知能スケール	点/30 (検査日: 平 . . .)
MMS 知能スケール	点/30 (検査日: 平 . . .)
知能検査 総合IQ=	(検査日: 平 . . .)
頭部CT又はMRI診断による脳萎縮の程度	<input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/>

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

電話

担当診療科名

担当医師氏名

印

