

診 断 書

1	氏名	男・女
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)
	住所	
2	医学的診断	
	診断名	
	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)	
	備考 (診断が未確定のときの今後の見通し, 必要な検査など)	
3	判断能力判定についての意見 (下記のいずれかをチェックするか, (意見) 欄に記載する)	
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない	
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 常に援助が必要である。	
	<input type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を単独で管理・処分することができる。	
	(意見)	
	判定の根拠 (検査所見・説明)	
	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。

平成 年 月 日

名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印