

診断書(成年後見用)

1	氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生()	歳
2	医学的診断						
	・ 診断名						
	・ 精神上の障害の程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度						
	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明						
	療育手帳 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。)						
	<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない。(後見相当)						
	<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。(保佐相当)						
	<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。(補助相当)						
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 意思疎通不可 <input type="checkbox"/> 意思疎通可 (<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他)						
	・ 記憶力 自己の年齢 <input type="checkbox"/> 回答不可 <input type="checkbox"/> 回答可 <input type="checkbox"/>						
	経歴 <input type="checkbox"/> 回答不可 <input type="checkbox"/> 回答可 <input type="checkbox"/>						
	・ 見当識 日時 <input type="checkbox"/> 回答不可 <input type="checkbox"/> 回答可 <input type="checkbox"/>						
	場所 <input type="checkbox"/> 回答不可 <input type="checkbox"/> 回答可 <input type="checkbox"/>						
	近親者 <input type="checkbox"/> 判別不可 <input type="checkbox"/> 判別可 <input type="checkbox"/>						
	・ 計算力 <input type="checkbox"/> 計算は全くできない <input type="checkbox"/>						
	・ 理解・判断力 <input type="checkbox"/> 理解不能 <input type="checkbox"/>						
	・ 画像診断(<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI)による脳の萎縮又は損傷						
	<input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 部分的に見られる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 未実施						
	・ 各種検査						
	HDS-R (<input type="checkbox"/> 点:平成 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可 <input type="checkbox"/> 実施拒否)						
	MMSE (<input type="checkbox"/> 点:平成 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可 <input type="checkbox"/> 実施拒否)						
	知能検査 [] (IQ= :平成 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 未実施)						
	・ その他特記事項						
4	回復の可能性 <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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。

平成 年 月 日

フリガナ

担当医師 氏 名

印 (科)

病院又は診療所の所在地・名称

〒

TEL ()