

診 断 書 (成年後見用)

1 氏名 生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 (歳) 住所	男・女
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

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印