

(福島家庭裁判所提出用) 診 断 書 (成年後見用)

※この診断書の記入要領については、福島家庭裁判所にお問い合わせください。

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)	
※いわゆる植物状態やそれに準ずる状態→ <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない 先天的最重度または重度知的障害→ <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	
備考 (診断が未確定の時の今後の見通し, 必要な検査など)	
3 判断能力判定についての意見 (下記のいずれかにチェックし, (意見)欄にも記入する。)	
<input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない。 (自分で行為の利害得失を判断することができず, 日常的に必要な買い物も自分ではできないという程度)	
<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。 (日常的に必要な買い物は単独でできるが, 行為の利害得失を単独では充分に判断することができないため, 重要な財産行為 (不動産, 自動車の売買や自宅の増改築, 金銭の貸し借りなど)は単独ではできないという程度)	
<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。 (重要な財産行為 (上記のとおり) をすることはできても, 判断能力が不十分なために失敗して不利益を被る危険性が大きく, 誰かに代わってやってもらった方がよいという程度)	
<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)	
<input type="checkbox"/> 裏面記載の通り	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
回復の可能性 <input type="checkbox"/> あり ()	
<input type="checkbox"/> なし ()	
備考 (本人以外の情報提供者など)	

4 心身の現在の状態（該当する箇所にチェックしてください。）

(1) 発語

できない できるが意味をなさない 問題なくできる

(2) 意思の疎通

できない（言語及び身体動作を含む）
ごく簡単な内容の会話のみ，時折成り立つ
おおむねできる

(3) 記憶力

自己の年齢（回答できる 回答できない）
短期記憶（著しい障害がある おおむね記憶している）

(4) 見当識

日時（回答できる 回答できない）
場所（回答できる 回答できない）

(5) 計算力

計算はできない 足し算，引き算等のごく単純なものならできる

(6) 知能検査，心理学的検査（実施したものがあれば，記入してください。）

HDS-R 点 IQ= (歳程度)
その他の検査 ()
判断能力の低下により，測定できない

(7) 食 事

経管栄養（胃ろう，中心静脈栄養を含む） 経口摂取が可能

(8) 排 泄

失禁状態（カテーテル留置中を含む） 自立または介助で自立

(9) 追 視

目で物を追えない 目で物を追っても認識できない 目で物を追える

(10) 現在状態の継続期間

3か月以上 3か月未満

(11) その他の特記事項（上記(1)～(10)の補足説明など）

5 本件手続について

本人は，裁判所職員から後見制度の説明を受け，自らの考えを述べることができるでしょうか

できないと思われる できると思われる その他()

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・電話番号：

担当診療科名：

担当医師氏名：

印