（熊本家庭裁判所本庁・支部提出用）**診　断　書（成年後見用）** 2017.12

**２**

|  |
| --- |
| **１　氏名 　　　　　生年月日　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生（　　歳）　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）**  （該当する場合にチェック　□遷延性意識障害　□重篤な意識障害） |
| **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てください。）**  □　自己の財産を管理・処分することができない（後見相当）。  □ 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）。  □ 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）。  □ 自己の財産を単独で管理・処分することができる（判断能力あり）。  **判定の根拠**  　(1)　見当識障害  　□ない　　　□まれに見られる　　　　　□見られるときが多い　　　□高度  　(2)　意思疎通（ □言語　 □動作 　□筆談　□その他　　　　　　　　　　　　　）  □できる　　□できないときもある　　　□できないときが多い　　　□できない  (3) 社会的手続や公共施設の利用（銀行等との取引，要介護申請，鉄道やバスの利用など）  □できる　　□できないときもある　　　□できないときが多い　　　□できない  (4)　記憶障害  □ない　　　□問題はあるが程度は軽い　□問題があり程度は重い　　□顕著  (5)　脳の萎縮または損傷  □ない　　　□部分的に見られる　　　　□萎縮または損傷が著しい　□不明  (6)　療育手帳あるいは精神障害者保健福祉手帳の交付  療育手帳　　　　　　　　　　□なし　　□Ａ１　　□Ａ２　　□Ｂ１　　□Ｂ２  　　 精神障害者保健福祉手帳　 □なし　　□１級　　□２級　　□３級  (7)　各種検査  長谷川式認知症スケール（□　　　点/　 　年　　月　 日実施　 □理解力がなく実施不可  　　　　　　　　　　　　　　 　 □検査を実施していない）  ＩＱまたは精神年齢（□IQ＝　　 /　　 年　　月　　日実施　 □精神年齢　　年　　月  　　　　　　　　　　 　 □理解力がなく実施不可　□検査を実施していない）  (8)　その他特記事項  **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

**病院の名称**

　　　　　　所在地・電話番号

　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　※鑑定についてのご回答は，「診断書附票」にご記入ください。