

診断書 (成年後見用)

平成 21 年 4 月 改訂

1 氏名	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)	
(該当する場合にチェック <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害 <input type="checkbox"/> 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。)	
<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	
(1) 見当識	
<input type="checkbox"/> 障害がない <input type="checkbox"/> まれに障害が見られる <input type="checkbox"/> 障害が見られるときが多い <input type="checkbox"/> 障害が高度	
(2) 他人との意思疎通	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないときもある <input type="checkbox"/> できないときが多い <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できないときもある <input type="checkbox"/> できないときが多い <input type="checkbox"/> できない	
(4) 記憶力	
<input type="checkbox"/> 問題がない <input type="checkbox"/> 問題があるが程度は軽い <input type="checkbox"/> 問題があり程度は重い <input type="checkbox"/> 問題が顕著	
(5) 脳の萎縮または損傷	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 部分的に見られる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 不明	
(6) 各種検査	
長谷川式認知症スケール (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施), <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)	
MMSE (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施), <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)	
その他の検査	
(7) 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

担当医師氏名/担当診療科名

氏名

印

(

科)

病院又は診療所の名称・所在地

tel ()

fax ()