

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)							
	(現在の状態が3か月以上続いている。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)							
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) 意識障害							
	<input type="checkbox"/> 障害がない	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度				
	(2) 見当識障害							
	<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"/> 高度	
	(3) 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		
	(4) 社会的手続(銀行の手続等)							
	<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		
	(5) 記銘力障害							
	<input type="checkbox"/> 障害がない	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度				
	(6) 計算力 <input type="checkbox"/> 全くできない							
	(7) 精神病症状 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 自我障害							
	(8) 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"/> 萎縮または損傷が著しい		<input type="checkbox"/> 不明		
	(9) 各種検査							
	改訂長谷川式認知症スケール		(	点—平成	年	月	日実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)	
	知能検査[テスト名		]	(IQ=	—平成	年	月	日実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)
	その他の検査							
	(10) 現在の病状について, 上記以外の特記事項があれば記載してください。							
	備 考 (本人以外の情報提供者, 療育手帳の有無及びその程度など)							

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

〒

※鑑定についてのご意見及び回答は, 「診断書(成年後見制度用)を作成される先生へ」をご覧の上, 「診断書付票」にご記入ください。