

診 断 書 (成年後見用)

(裏面をご参照ください)

1	氏名 ありがた 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (男・女 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)
3	身体の状態 ☐ 植物状態である ☐ 植物状態に準ずる ☐ その他 日常生活の状況(☐ 全介助 ☐ 部分介助() ☐ 介助無) 発語(☐ 発語不能 ☐ 発語はあるが有意味言語の発語なし ☐ 発語あり) ☐ 特記事項()
4	精神の状態 意思疎通 ☐ できない ☐ ほとんどできない ☐ できる(☐ 言語 ☐ 動作 ☐ 筆談 ☐ その他) 記憶力 ☐ 自己の年齢(☐ 回答不可 ☐ 回答可) ☐ () 見当識 ☐ 日時(☐ 回答不可 ☐ 回答可) ☐ 場所(☐ 回答不可 ☐ 回答可) 計算力 ☐ 計算は全くできない ☐ () 理解・判断力 ☐ 理解不能 ☐ () 知能検査等 ☐ IQ ☐ HDS-R(点)(施行日 年 月 日) ☐ MMSE(点)(施行日 年 月 日) ☐ 施行不能(理由:)
5	回復の可能性 ☐ ない ☐ ほとんどない ☐ ある ☐ 不明 ☐ その他
6	判断能力判定についての意見 ☐ 自己の財産を管理・処分することができない(後見開始相当)。 ☐ 自己の財産を管理・処分するためには, 常に援助が必要である(保佐開始相当)。 ☐ 自己の財産を管理・処分するためには, 援助が必要な場合がある(補助開始相当)。 ☐ 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) ※CT脳検査など画像診断の結果() 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

担当診療科名 _____ 科 病院又は診療所の所在
 担当医師氏名 _____ ④ 所在 〒 _____
 名称 _____
 電話番号 _____

診断書の記載にあたっては、以下の点にご留意ください。

1 診断名について

診断名については精神上の障害を必ず記載してください。

2 身体の状態について

「植物状態」とは、以下の6つの症状すべてが固定して3か月以上が経過している状態と考えております。「植物状態に準ずる」とは、それに準ずる場合です。

- ① 自力での移動ができない
- ② 自力での食物の摂取ができない
- ③ 自力で排泄ができない
- ④ 意思疎通ができない
- ⑤ 声は出ても、意味のある発言ができない
- ⑥ 目で物を追ったり、認識ができない

3 判断能力判定についての意見

裁判所が本人の判断能力について判断するための参考となる意見を記載してください。4項目のいずれかをチェックすることもできますし、その記載を参考に個々の事案に応じた適宜の意見を記載することもできます。

◎ 自己の財産を管理・処分することができない（後見開始相当）とは、日常的に必要な買い物も自分ではできず、誰かに代わってやってもらう必要があるという程度です。

◎ 自己の財産を管理・処分するためには、常に援助が必要である（保佐開始相当）とは、日常の買い物程度は単独でできるが、重要な財産行為（不動産・自動車の売り買いや自宅の増改築、金銭の貸し借り等）は、自分ではできないという程度です。

◎ 自己の財産を管理・処分するためには、援助が必要な場合がある（補助開始相当）とは、重要な財産行為（不動産・自動車の売り買いや自宅の増改築、金銭の貸し借り等）について、自分でできるかもしれないが、できるかどうか危うがある（本人の利益のためには、誰かに代わってもらった方がよい。）という程度です。

4 判定の根拠（検査所見・説明）欄に※CT脳検査など画像診断の結果欄がありますが、これは、既に同種検査を実施されている場合に、その結果を記載していただく欄です。今回の診断書作成にあたり、新たに同種検査を必要とする趣旨はありません。