

1 氏名	男・女
	年 月 日生 ( 歳)
住所	
2 医学的診断	
診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)	
所見 (現病歴, 現症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)	
各種検査	
長谷川式認知症スケール	( <input type="checkbox"/> 点 ( 年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可)
MMS E	( <input type="checkbox"/> 点 ( 年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可)
脳の萎縮または損傷等の有無	
<input type="checkbox"/> あり ⇒ ( <input type="checkbox"/> 部分的にみられる <input type="checkbox"/> 全体的にみられる <input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/> 未実施)	
<input type="checkbox"/> なし	
知能検査	
その他	
短期間内に回復する可能性	
<input type="checkbox"/> 回復する可能性は高い	<input type="checkbox"/> 回復する可能性は低い <input type="checkbox"/> 分からない
(特記事項)	
3 判断能力についての意見	
<input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。	
<input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。	
<input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。	
<input type="checkbox"/> 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。	
(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。	



裏面に続く

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

- あり ⇒ ( まれに障害がみられる  障害がみられるときが多い  障害が高度)  
 なし

[ ]

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

- あり ⇒ ( 意思疎通ができないときもある  意思疎通ができないときが多い  
 意思疎通ができない)  
 なし

[ ]

(3) 理解力・判断力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)  
 なし

[ ]

(4) 記憶力の障害の有無

- あり ⇒ ( 程度は軽い  程度は重い  顕著)  
 なし

[ ]

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[ ]

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を  受けた  受けなかった  
(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/>) からダウンロードできます。  
※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の福祉関係者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。  
※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

## 診 断 書 附 票

※ 診断書とともに記入してください。

家庭裁判所から鑑定の依頼があった場合、お引き受け願えますか。

鑑定を引き受けることが可能である。

病医院の住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

医師の氏名 \_\_\_\_\_

担当診療科名 神経科 精神科 神経内科 心療内科 脳神経外科  
内科 その他 ( \_\_\_\_\_ )

(1) 書面による依頼を受けてから鑑定書を提出していただくまでの期間は、どのくらい必要でしょうか。

2週間  3週間  4週間  その他 ( \_\_\_\_\_ 週間)  
(一般的には、約1か月以内に鑑定書を提出していただいています。)

(2) 鑑定料はいくらでお願いできますか。

3万円  5万円  その他 ( \_\_\_\_\_ 万円)  
(通常5万円をお願いしています。特殊な事情で見込額が5万円を超える場合は、事情を記入してください。)

-----  
 鑑定を引き受けることはできない。

次の医師を紹介する。

病医院等の住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

病医院等名称 \_\_\_\_\_

医師の氏名 \_\_\_\_\_