

# 診 断 書 関 係

- 1 診断書を作成する医師に以下の①～③をお渡しください。
  - ①診断書（成年後見用）を作成される医師の方へ（お願い）（青色の用紙）
  - ②診断書（成年後見用）
  - ③診断書別紙
- 2 診断書が封かんされた封筒等に入っている場合，申立書を作成する前に封筒等を開封して，診断結果を確認してください（「3 判断能力判定についての意見」（後見相当・保佐相当・補助相当）のいずれにチェックがあるかを確認してから申立てをしてください。）。

## 診断書（成年後見用）を作成される医師の方へ（お願い）

さいたま家庭裁判所

この度は、診断書を作成していただき、ありがとうございます。

この診断書は、後見等の申立ての類型を判断する重要な資料となります。

ところで、家庭裁判所が後見又は保佐開始の審判をするには、法律上、明らかにその必要がないと認める場合を除いて、鑑定を行うこととされています。鑑定を行う場合、家庭裁判所は、主治医または診断書を作成した医師の方に鑑定をお願いしておりますので、鑑定をお願いできるかどうかについて「診断書別紙」の各事項にお答えいただきますようお願いいたします。

なお、「診断書（成年後見用）」及び「診断書別紙」は、申立書に添付しますので、作成を依頼した方にお渡しください。

（鑑定手続等についての説明）

- ・ 民事訴訟事件における鑑定とは異なり、原則として、家庭裁判所に証人等としておいでいただくことはありません。
- ・ 診断書等から、本人の精神状況について明らかに後見又は保佐開始相当と判断できる場合には、鑑定をしないこともあります。
- ・ 鑑定依頼は、家庭裁判所が本人の関係者から鑑定の費用をお預かりしたうえで、鑑定依頼書を送付する方法により行います。

診断書及び鑑定書の作成方法等について不明な点がございましたら、裁判所にお問い合わせください。また、裁判所のウェブサイト（[http://www.courts.go.jp/saiban/syurui\\_kazi/kazi\\_09\\_02/index.html](http://www.courts.go.jp/saiban/syurui_kazi/kazi_09_02/index.html)）から診断書及び鑑定書の作成の手引等をダウンロードすることができますので、ご活用ください。

後見等の申立ての類型は、本人の判断能力の観点からみると次のとおりです。

後見相当：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

保佐相当：日常的に必要な買い物程度は単独でできるが、重要な財産行為（不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等）は自分ではできないという程度

補助相当：重要な財産行為（保佐と同じ）について自分でできるかもしれないが、本人のためには誰かに代わってやってもらった方がよいという程度

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)				
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    (遷延性意識障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	(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 (銀行等との取引)				
	<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) 記憶障害				
	<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"/> 顕著				
	(6) 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				
	(7) 各種検査				
	改訂長谷川式簡易知能評価スケール ( <input type="checkbox"/> 点—平成 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可)				
	MMSE ( <input type="checkbox"/> 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				
	(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

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 ( )

※鑑定の要・不要についてご意見がございましたら, (8)の欄にご記入ください。

※鑑定についてのご回答は, 「診断書別紙」にご記入ください。

## 診断書別紙

1 裁判所が鑑定を必要と判断した場合、鑑定をお引き受けいただくことは可能でしょうか。

- 鑑定を引き受ける。
- 鑑定を引き受けることはできない。
- 鑑定を引き受けることができないが、下記の医師を紹介する。

氏名 \_\_\_\_\_ 病院等の名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

2 鑑定をお引き受けいただける場合は、下記の事項にチェックまたは記入してください。

(1) 鑑定料（報酬，諸経費すべて込み）について

- 5千円  1万円  2万円  3万円  4万円  5万円
- \_\_\_\_\_円必要である。

(2) 鑑定期間について

- 鑑定期間は約 \_\_\_\_\_ 日間必要である。

（一般的には鑑定依頼書が届いてから約1か月以内の鑑定書の提出をお願いしております。）

(3) 鑑定書作成の手引について

- 鑑定書作成の手引の送付を  希望する。  希望しない。

(4) 鑑定依頼書等の送付先

- 診断書記載の病院等の所在地と同じ。
- 下記の連絡先への送付を希望する。

病院等の名称 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_