

## 診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者について、下記のとおり診断します。

## 1 精神機能の障害

明らかに該当なし                       専門家による診断が必要

専門家による診断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適正に行うことができるかを含め、できるだけ具体的に）

---

---

---

年 月 日

病院又は診療所  
の所在地，名称

医 師