

診 断 書 (成年後見用)

(裏面をご参照ください)

1	<small>ふりがな</small> 氏名 男・女 生年月日 明・大・昭・平 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	身体の状態 <input type="checkbox"/> 植物状態である <input type="checkbox"/> 植物状態に準ずる <input type="checkbox"/> その他 日常生活の状況(<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助() <input type="checkbox"/> 介助無) 発語(<input type="checkbox"/> 発語不能 <input type="checkbox"/> 発語はあるが有意味言語の発語なし <input type="checkbox"/> 発語あり) <input type="checkbox"/> 特記事項()
4	精神の状態 意思疎通 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 可能(<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 動作 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他) 記憶力 <input type="checkbox"/> 自己の年齢(<input type="checkbox"/> 回答不可 <input type="checkbox"/> 回答可) <input type="checkbox"/> () 見当識 <input type="checkbox"/> 日時(<input type="checkbox"/> 回答不可 <input type="checkbox"/> 回答可) <input type="checkbox"/> 場所(<input type="checkbox"/> 回答不可 <input type="checkbox"/> 回答可) 計算力 <input type="checkbox"/> 計算は全くできない <input type="checkbox"/> () 理解・判断力 <input type="checkbox"/> 理解不能 <input type="checkbox"/> () 知能検査 <input type="checkbox"/> IQ <input type="checkbox"/> HDS-R(点)(施行日 年 月 日) <input type="checkbox"/> MMSE(点)(施行日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 施行不能 その他 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> ()
5	回復の可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
6	判断能力判定についての意見 <input type="checkbox"/> 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)。 <input type="checkbox"/> 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)。 <input type="checkbox"/> 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)。 <input type="checkbox"/> 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

病院又は診療所の所在

担当医師氏名

所在 〒

名称
電話番号