

診断書 (成年後見用)

平成 21 年 4 月 改訂

| | |
|---|--------------------------|
| 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) | |
| (該当する場合にチェック <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害 <input type="checkbox"/> 重篤な意識障害) | |
| 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) 見当識 | |
| <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"/> 障害が高度 | |
| (2) 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 | |
| (3) 社会的手続や公共施設の利用 (銀行等との取引, 要介護申請, 鉄道やバスの利用など) | |
| <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) 記憶力 | |
| <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"/> 問題が顕著 | |
| (5) 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"/> 著しい <input type="checkbox"/> 不明 | |
| (6) 各種検査 | |
| 長谷川式認知症スケール (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施), <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可) | |
| MMSE (<input type="checkbox"/> 点 (月 日実施), <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施不可) | |
| その他の検査 | |
| (7) 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 ()