

1 氏名	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)
住所	SAMPLE
2 医学的診断 診断名	<p>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)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">(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)</p>
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。)	<p><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)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 自己の財産を単独で管理・処分することができる。</p> <p><b>判定の根拠</b></p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(7) その他特記事項</p> <p style="margin-top: 20px;"><b>備 考 (本人以外の情報提供者など)</b></p>

以上のとおり診断します。  
 担当医師氏名/担当診療科名

平成 年 月 日

氏 名

印

(

科)

病院又は診療所の名称・所在地

tel ( )  
 fax ( )

※ 鑑定についてのご回答は, 「診断書付票」にご記入ください。

## 診 断 書 付 票

1 家庭裁判所から鑑定依頼があった場合、お引き受けいただけますか。

引き受ける。

引き受けられない。

専門ではないから。 その他( )

次の医師を紹介する。

お名前 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

2 以下は、鑑定をお引き受けいただける場合にお答えください。

(1) **書面による正式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でしょうか。**

2週間 3週間 4週間 その他( \_\_ 週間)

(2) **鑑定料はいくらでお願いできますか。**

3万円 5万円 7万円 10万円 その他( \_\_ 万円)

注:一般的に5万円から10万円程度でお引き受けいただいています。主治医の場合はできれば5万円程度でお願いできればと思います。

(3) **鑑定料の振込先**(振込口座番号は正式依頼の際に同封する請求書にお書きください。)

個人(医師御本人)名義の口座

法人(医療法人社(財)団○○会など)名義の口座

(4) **鑑定依頼書面の送付先**

診断書記載のとおり

その他(〒 \_\_\_\_\_ )

(5) **電話連絡先**

診断書記載のとおり

その他 電話 \_\_\_\_\_

(6) **「鑑定書作成の手引」の裁判所からの送付は必要ですか。**

必要 不要

注:「鑑定書作成の手引」は、裁判所ホームページ(<http://www.courts.go.jp>)からダウンロードすることもできます(裁判所トップページ→「裁判手続の案内」→「裁判所が扱う事件」→「家事事件」→「成年後見制度における鑑定書・診断書作成の手引」と順にクリックしてください。「2 成年後見制度に関する審判」ではなく、下の方にあります。)