

診 断 書 (成年後見用)

(前橋家庭裁判所本庁・支部提出用)

1 氏名	男・女
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)
2 医学的診断 (<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他)	
(1) 診断名	
(2) 所見 (現在の精神状態と関連する病歴及び合併症など)	
(3) 精神上の障害の程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 特記事項	
(4) 障害の現状 <input type="checkbox"/> 植物状態もしくはこれに準じる <input type="checkbox"/> 簡単な指示に応答することはあるが、それ以上の意思の疎通ができない <input type="checkbox"/> その他 (
(5) 回復の可能性 <input type="checkbox"/> 障害が固定している可能性が高い <input type="checkbox"/> 障害が回復する可能性がある <input type="checkbox"/> その他 (
3 判断能力の程度 <input type="checkbox"/> 日常的な買い物も単独でできない (後見) <input type="checkbox"/> 日常的な買い物は単独でできるが重要な財産行為をするには常に援助が必要である (保佐) <input type="checkbox"/> 重要な財産行為をするには、援助が必要な場合がある (補助) <input type="checkbox"/> 自分の財産を単独で管理・処分できる	
4 判定の根拠等	
(1) 精神の状態 <input type="checkbox"/> 年齢や経歴の記憶がない <input type="checkbox"/> 会話ができない <input type="checkbox"/> 場所や時間の見当識がない <input type="checkbox"/> 近時記憶 (最近の出来事に関する記憶) に障害がある <input type="checkbox"/> 計算がほとんどできない <input type="checkbox"/> 近親者の判別ができない <input type="checkbox"/> その他 (
(2) 各種検査結果等 (実施があれば、該当する項目に記入してください)	
長谷川式簡易知能スケール	点 / 30 (検査日: 平 . . .)
MMS知能スケール	点 / 30 (検査日: 平 . . .)
知能検査 総合IQ=	(検査日: 平 . . .)
頭部CT又はMRI診断による脳萎縮の程度	<input type="checkbox"/> 著しい <input type="checkbox"/>

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

電話

担当診療科名

担当医師氏名

印

診断書（成年後見用）を作成していただく先生へ

このたびは、診断書を作成していただき、ありがとうございます。今後、後見等開始の審判を行うにあたり、ご本人の精神状況について、鑑定をお願いする場合がございます。

そこで、診断書を作成していただいた先生に、以下の「鑑定についてのお尋ね」に御記入をお願いいたします。

なお、鑑定に際しては、原則として家庭裁判所にお越し願うことはありません。正式に鑑定をお願いする場合は、後日、書面を送付させていただきます。

鑑定についてのお尋ね

家庭裁判所から鑑定の依頼があったとき、お引き受け願えますか。

鑑定を引き受ける

(1) 「成年後見鑑定書作成の手引き」は必要ですか。 必要 不要

(2) 書面による依頼をお受けになってから鑑定書をご提出いただくまでの期間はどのくらいでしょうか。

4週間以内 その他（ 週間）

(3) 鑑定料はどのくらいを予定すればよろしいでしょうか。

3万円 5万円 その他 円

鑑定料は、検査料・諸経費を含むものとしてください。費用は申立人が負担するため、なるべく5万円以内でお願いしております。

(4) 書面のお送り先

診断書記載の病院等の所在地と同じ。

次のとおり：所在地

電話

鑑定を引き受けることができない

↓ (理由：)

↓

鑑定を引き受けることができないが、次の医師を紹介する

氏名

病院等の名称

所在地

電話