

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 令	

上記の者について、下記のとおり診断します。
(各項目について該当する 欄にチェックレを付けて下さい。)

1.精神機能の障害 ()

明らかに該当なし

専門家による判断が必要

専門家による判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(できるだけ具体的に記載してください。)

2.麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

なし

あり

診断年月日	年 月 日
-------	-------

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名 称

所 在 地

医師の氏名

TEL ()

() 毒物劇物取扱責任者の場合は、「明らかに該当なし」の確認のみです。チェックをされない場合は、診断名、既に受けている治療の内容及び現在の状況を記載してください。