

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭 和 平 成 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☑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. 麻薬中毒 (麻薬又はあへんの慢性中毒) 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 () —