

診 断 書

| | | | | |
|--|------------------------------|-----|---|---|
| 氏 名 | | 性 別 | 男 | 女 |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | 年 令 | | |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="text-align: center;">※「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、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）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> | | | | |
| 診 断 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 医 師 | 病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称 | | | |
| | 所 在 地 | TEL | | |
| | 氏 名 | | | |

* 各項目について、該当する欄（）にチェック印（）をつけてください。