

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☑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。