

診 断 書

氏 名		性 別	男・女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	年 令	才
上記の者について、下記のとおり診断します。			
記			
1 精神障害者			
精神機能の障害			
<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			
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。詳細については別紙も可。）			

2 麻薬，大麻，あへん，若しくは覚せい剤の中毒			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり			
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	印	

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。