

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	大正 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。				
1 精神障害 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 ※「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） _____				
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	令和 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。