

診 断 書

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----|
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 |
| | | 日 | 年 令 |
| | | | 才 |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能の障害</p> <p style="margin-left: 40px;"> <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="margin-left: 40px;"> 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（又は既に）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） </p> <p style="margin-left: 40px;"> </p> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり </p> | | | |
| 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 | | |