

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	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。 (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. 麻薬中毒（麻薬又はあへんの慢性中毒）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 () —			