

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	年 齡	才
上記の者について下記のとおり診断します。				
1 麻薬中毒者又は覚醒剤の中毒者 (※麻薬中毒者：麻薬、大麻又はあへんの慢性中毒の状態にある者)				
<input type="checkbox"/> 明らかに該当しない <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要				
2 精神機能 精神機能の障害				
<input type="checkbox"/> 明らかに該当しない <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)				
診 断 年 月 日	令和	年	月	日
※詳細については、別紙も可				
医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称			
	所 在 地			
	氏 名	⑩		