

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日	年 齡	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能の障害 (□にチェックしてください。)

- 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、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 (□にチェックしてください。)

- なし
- あり

診断年月日	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	TEL
	氏 名	