

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<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</p> <p>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。詳細については別紙も可）</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0.5px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>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</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	①		

* 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。