

診 断 書

氏名： _____ 男・女

生年月日： _____ 年 月 日生 (_____ 歳)

上記の者について、次のとおり診断します。

1 精神の機能の障害 (□にチェックしてください。)

- 明らかに該当しない
 専門家による判断が必要

診 断 名	
現在受けている治療の内容	
現在の状況 (具体的に)	

*記載できない場合、別紙を添付してください。

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者 (□にチェックしてください。)

- いずれにも該当しない
 該当する

診断年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等の TEL： _____ (_____)

医師の氏名：

