診断書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | | 大正・昭和・平成 　 年 月 日 | | | 年齢 | 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  　　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（注1）  ※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）  ・診断名  ・治療内容、現状等  ２　麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒  　　　□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 | |  | | | |