

診 断 書

氏 名	□□ □□	性別	女
生年月日	大正・昭和・平成 40年 1月 1日	年齢	49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、あへん若しくは覚せい剤の中毒

なし あり

1ヶ月以内

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	○ ○ ○ クリニック
	所在地	〒000-000 熊本市○区○町○丁目○番○号 TEL(096)000-0000
	氏 名	△ △ △ △ 印

氏名が自署の場合、診断医師の印鑑は省略可。

(注1) 毒物劇物取扱責任者の届出の場合は、「明らかに該当なし」の確認のみ。「明らかに該当なし」の欄に印がない場合には、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を必要に応じて記載すること。