診　断　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性　別 | 男・女 |  |
|  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  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。 |  |
| （各項目について該当する□欄にチェック✓ を付けてください。） |  |
|  |  |
| 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** |  |
| 　「専門家による判断が必要」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに |  |
| 　現在の状況を記載すること（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可。） |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| ２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 |  |
|  |  |
| **□　なし** |  |
|  |  |
| **□　あり** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 診断年月日 | 年　　　月　　　日 |  |
| 医　　　師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等 |  |  |  |
| 名　称 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 所　在　地 |  |  |
|  |  |  |
| 電 話 番 号 |  |  |
| 氏　　　名 　　  | 　 |  |