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 | |  | | | |  |