

## 診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	年 齡	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

**1 精神機能の障がい** (□にチェックしてください。)

- 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記載してください。)

---



---



---

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

- 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		