

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭 和 平 成 年 月 日	年 令	

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☑を付けて下さい。）

1. 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、あへん若しくは覚せい剤の中毒

- ☐ なし
☐ あり

診断年月日	平成 年 月 日
-------	-------------------------

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名 称

所 在 地

医師の氏名

印

TEL () —

（※）毒物劇物取扱責任者の場合は、「明らかに該当なし」の確認のみです。チェックをされない場合は、診断名、既に受けている治療の内容及び現在の状況を記載してください。