

診 断 書

| | | | | | | |
|---|--------------------------|---|-----|---|----|---|
| 氏 名 | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能の障害</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 </p> <p> 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（又は既に）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。詳細については別紙でも可） </p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | | | |
| <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり </p> | | | | | | |
| 診断年月日 | 令和 | | | 年 | 月 | 日 |
| 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 | | | | | |