

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	年 月 日生	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✓を付してください。(☑)》

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	令和 年 月 日	※ 詳細については別紙も可
-------	----------	---------------

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)