

診 断 書

| | | | |
|--|----------------------------|-----|-----|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | 性 別 | 男 女 |
| 生年月日 | 昭 和 平 成 令 和 年 月 日 | 年 令 | |
| <p>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。)</p> <p>1. 精神機能の障害 (※)</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><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。)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> | | | |
| 診断年月日 | 令 和 年 月 日 | | |
| <p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所 在 地</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">TEL () —</p> | | | |