診　　断　　書

昭 和

平 成

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 性　別 | 男　　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　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.麻薬中毒（麻薬又はあへんの慢性中毒）□ なし□ あり |
| 診断年月日 | 　　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TEL ( 　　) ― |