診　　断　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 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、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒□ 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　　　　　　　　　　　　　　　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。