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 （　　　　） 　 ― | | | | | | |