診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 年　　齢 | 歳 |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  　１　精神機能  　　　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」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容  並びに現在の状況を記載すること（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）      　２　麻薬中毒又は覚醒剤の中毒  　　　□　なし  　　　□　あり | | | | | |
| 診断年月日 | 年　　月　　日 | | | | |
| 医　　　師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等 | 名　　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 氏名 | | 印 | | |