

診 断 書

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記について、次のとおり診断します。

1. 精神機能

精神機能の障害

- 明らかに該当しない
- 専門家による判断が必要

診 断 名	
現在受けている 治療の内容	
現在の状況（具体的に）	

※記載できない場合、別紙を使用してもよい。

2. 麻薬または覚醒剤の中毒者

- いずれにも該当しない
- 該当する

診断年月日 年 月 日

医療機関等の名称

所 在 地

TEL

医 師 の 氏 名