

診 断 書

氏 名： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日生（ 歳）

上記の者について、次のとおり診断します。

1 精神の機能の障害（□にチェックしてください。）

- 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、別紙を添付してください。

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者（□にチェックしてください。）

- いずれにも該当しない
 該当する

診断年月日： 令和 年 月 日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等の TEL： （ ） ー

医師の氏名：