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：　（　　　　　）　　　　－

 医師の氏名：