診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 昭和  平成 | 年　　　　月　　　　日 | | | 年齢 | 才 | |
| 上記の者について下記のとおり診断します。  １　麻薬、大麻又はあへん若しくは覚醒剤の中毒  □なし　　　□あり | | | | | | | |
| ２　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  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) | | | | | | | |
| 診断年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | ※詳細については、別紙も可 | | | |
| 医　師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称 | |  | | | | |
| 所在地 | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |