

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

大正・昭和・平成

年

月

日生

上記の者は、

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. 統合失調症にかかっている者 | <input type="checkbox"/> 該当あり | <input type="checkbox"/> 該当なし |
| 2. そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）にかかっている者 | <input type="checkbox"/> 該当あり | <input type="checkbox"/> 該当なし |
| 3. てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害がもたらされないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く。）にかかっている者 | <input type="checkbox"/> 該当あり | <input type="checkbox"/> 該当なし |
| 4. 1 から 3 までのほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力を失わせ、又は著しく低下させる症状を呈する病気にかかっている者 | <input type="checkbox"/> 該当あり | <input type="checkbox"/> 該当なし |
| 5. 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 5 条の 2 第 1 項に規定する認知症である者 | <input type="checkbox"/> 該当あり | <input type="checkbox"/> 該当なし |
| 6. アルコール、麻薬、大麻、あへん、又は覚醒剤の中毒者 | <input type="checkbox"/> 該当あり | <input type="checkbox"/> 該当なし |
| 7. 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力がなく、又は著しく低い者（1 から 6 に該当する者を除く。） | <input type="checkbox"/> 該当あり | <input type="checkbox"/> 該当なし |

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

- 精神保健指定医
 精神科、心療内科、神経内科等を標榜し、2 年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する医師
 上記の者の心身の状況について診断したことがある医師
(初回受診日 前回の受診日 年 月 日)

医療機関所在地
及び医療機関名

医師

印

備 考 印のある欄については、該当の内にレ印を付すこと。