

診 断 書

氏 名		性別	男	女
生年月日	年 月 日	年令	才	

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能

精神機能の障害

☐ 明らかに該当なし ☐ 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は、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。詳細については別紙も可）

2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒

☐ なし

☐ あり

診断年月日	年 月 日
-------	-----------------

医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所 在 地	TEL
	氏 名	