診　断　書

　住　　所

　氏　　名

　生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　上記の者は、統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）、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。）、その他自己の行為の是非を判別し、若しく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、介護保険法第５条の２第１項に規定する認知症又はアルコール、麻薬、大麻、あへん、又は覚醒剤の中毒者ではないと診断します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　病院等の名称

　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　※　診断された方は、下記のいずれかにレ点をお願いします。

　　　　　　　　　□　精神保健指定医（番号　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　□　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（静

　　　　　　　　　　岡県公安委員会認定医）

　　　　　　　　　□　診断を受けた者の心身の状況について、当診断書の作成日より前（最終診断日 平成･令和　　年　　月　　日）に１回以上、精神的又は身体的な状況について診断したことのある医師