

診 断 書

住所

氏名

昭和 年 月 日生 () 歳
平成

上記の者は、

- 1 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。）にかかっている者ではない。
- 2 上記1以外で、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ではない。
- 3 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者ではない。
- 4 上記1～3以外で、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、又は著しく低い者ではない。

以上のとおり診断します。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 氏 名
(自署又は記名押印)

㊦