

# 診 断 書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|-----|
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |   |     |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |   |     |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 昭和<br>平成 | 年 | 月 日 |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし                      <input type="checkbox"/> あり</p> <p>2 精神の機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 該当しない                      <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>該当する場合には、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（詳細については別紙も可）</p> |          |   |     |
| 診断年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 令和       | 年 | 月 日 |
| 診 断 者                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 医療機関名    |   |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 所 在 地    |   |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 医 師 氏 名  |   |     |