

# 診 断 書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |       |     |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|-----|---|---|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |       | 性 別 | 男 | 女 |
| 生 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日                     |       | 年 齢 | 歳 |   |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>(各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)</p> <p>1 精神機能</p> <p>精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>「専門家による判断が必要」に該当する場合は、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を記載すること（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> |                           |       |     |   |   |
| 診 断 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年 月 日                     |       |     |   |   |
| 医 師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 病院、診療所<br>又は介護老人<br>保健施設等 | 名 称   |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           | 所 在 地 |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           | 電話番号  |     |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 氏 名                       |       |     |   |   |