

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 生

上記の者について、次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

|              |  |
|--------------|--|
| 診断名          |  |
| 現に受けている治療の内容 |  |
| 現在の状況        |  |

※ 記載できない場合は、別紙を使用してください。

## 2 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒

- なし
- あり

年 月 日

医療機関等の名称

所在地

電話番号

医師氏名