

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