

診 断 書

氏 名 (男 ・ 女)

大・昭・平 年 月 日生 (歳)

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

- ☐ 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、別紙を使用してもよい。

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

医師氏名

電話番号 () —