

## 診 断 書

氏 名	〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	年齢	〇〇歳	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。  (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  精神機能の障害  <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし  <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要  「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> <hr/> <hr/> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒  <input checked="" type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	令和〇年〇月〇日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称・連絡先	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	所在地	千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇		
	氏 名 ※押印省略可	〇〇 〇〇 印		

原則、麻薬取扱者免許申請書の申請日  
(県への提出日)から1か月以内の診断  
書を添付してください。