診　　断　　書

氏　　名		性　別	男	女
生 年 月 日	年　　月　　日	年　齢	歳	

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。）

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

「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）

2　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

□　なし

□　あり

診断年月日	年　　月　　日		
医　　師	病院、診療所又は介護老人保健施設等	名　　称	
		所 在 地	
		電話番号	
	氏　　名		