診　断　書

氏　　名			
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日	年　令	才

上記の者について、下記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

専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に（又は既に）受けている治療の内容並びに現在の状況（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、あへん又は覚醒剤の中毒

□　なし　　□　あり

診断年月日	平成　　年　　月　　日	
医　　師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所　在　地	TEL（　　）　　－
	氏　　名	㊞