

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生 年 月 日	年 月 日	年 令	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能

精神機能の障がい

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あつては、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（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、あへん又は覚せい剤の中毒

なし
 あり

※ 詳細については別紙も可

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の名称
	所在地 電話番号
	氏 名