診　　断　　書

氏　名		性　別	男　　女
生年月日		年　齢	

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（□にチェックを付けること）

□　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記載してください。））

2．麻薬、大麻、あへん、若しくは覚醒剤の中毒者

□　該当なし　　□　該当あり

診断年月日	年　　月　　日

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名　称

所在地

電話　　（　　）

医師の氏名