

診 断 書			
氏 名	県 庁 太 郎	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生 年 月 日	〇〇年 〇月 〇日	年 齢	〇〇歳
<p>上記のものについて、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能</p> <p>精神機能の障害</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><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))</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>※詳細については別紙も可</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん並びに覚せい剤の中毒</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施 設等の名称	県庁クリニック	
	所 在 地	岡山県岡山市北区内山下2-5-7 TEL 086-〇〇〇-〇〇〇〇	
	氏 名	医 師	丸内 花子 