

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p>上記の者について、次のとおり診断します。</p> <p>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</p> <p> 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。詳細については別紙も可)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒 なし あり</p>				
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	TEL		
	氏 名	④		

* 各項目について、該当する欄()にチェック印(☑)()をつけてください。

() 毒物劇物取扱責任者の場合は、「明らかに該当なし」の確認のみです。チェックをされない場合は、診断名、既に受けている治療の内容及び現在の状況を記載してください。