

# 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 齢		

上記の者について、次のとおり診断します。

1. 精神機能の障害（□にチェックを付けてください。）

- 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）

---



---

2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者

- なし
- あり

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			
	氏 名		⑩	

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。