

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭 和 平 成	年 月 日	年 令
上記の者について、下記のとおり診断します。 (各項目について該当する□欄にチェック☑を付けて下さい。)			
1. 精神機能の障害 (※)			
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし			
<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記載してください。）			

2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり			
診断年月日	平成	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			
医師の氏名			
TEL () —			

(※) 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。