

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	大 正 昭 和 平 成 令 和	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 (※)

- 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

- なし
 あり

診断年月日	令和 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。