

# 診 断 書

氏 名 ( 男 ・ 女 )  
大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

上記の者について、次のとおり診断します。

## 1 精神機能

精神機能の障害

- ☐ 該当なし  
☐ 専門家による判断が必要

|              |  |
|--------------|--|
| 診断名          |  |
| 現に受けている治療の内容 |  |
| 現在の状況        |  |

※記載できない場合は、別紙を使用してもよい。

## 2 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒

- ☐ なし  
☐ あり

年 月 日

医療機関等の名称

所 在 地

医師氏名

電話番号 ( ) —