

診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

- |   |       |
|---|-------|
| 1 統合失調症であるか   | ある・ない |
| 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）であるか   | ある・ない |
| 3 てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害がもたらされないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く。）       | ある・ない |
| 4 前記1～3に掲げるもののほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力を失わせ、又は著しく低下させる症状を呈する病気であるか | ある・ない |
| 5 介護保険法に規定する認知症であるか   | ある・ない |
| 6 アルコール中毒者であるか  | ある・ない |
| 7 麻薬中毒者であるか   | ある・ない |
| 8 大麻中毒者であるか   | ある・ない |
| 9 あへん中毒者であるか  | ある・ない |
| 10 覚せい剤中毒者であるか  | ある・ない |

上記のとおり診断いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 在 地

医 療 機 関 の 名 称

医 師 氏 名

(該当箇所に☑チェック)

- 精神保健指定医
- 岡山県公安委員会が認める医師
- 過去に申請者の心身の状況について診断したことがある医師