診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | | 性　　別 | 男　女 |
| 生年月日 | | 大正  昭和　　　　　　　　　年　　　月　　　日  平成 | | | | 年　　齢 | 歳 |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  **１　精神機能の障がい**（□にチェックしてください。）  □　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**（□にチェックしてください。）    □　なし  　　□　あり | | | | | | | |
| 診断年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | ※詳細については別紙も可 | | |
| 医　師 | 病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称 | | |  | | | |
| 所在地 | | | TEL | | | |
| 氏　名 | | |  | | | |