**診　断　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | 性別 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | | | | 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（又は既に）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。詳細については別紙でも可）          ２　麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒  　　□　なし　　　　　　　　　　　□　あり | | | | | | | |
| 診断年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | |  | | | |
| 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 |  | | | | |