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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |