

診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生 年 月 日	年 月 日	年 令	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 精神機能の障がい ☐ 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あっては、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。詳細については別紙も可。） 2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒 ☐ なし ☐ あり ※ 詳細については別紙も可			
診断年月日	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	電 話 番 号	
	氏 名		