

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日		年 齢	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害</p> <p style="margin-left: 20px;">精神機能の障害</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="margin-left: 20px;">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 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）</p> <p style="margin-left: 20px;">_____</p> <p style="margin-left: 20px;">_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> あり</p>			
診 断 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	印	

*各項目について、該当する欄（□）にチェック印をつけてください。