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。  　　（各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。）  　１　精神機能  　　　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」に該当する場合は、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を記載すること。（できるだけ具体的  に。詳細については別紙も可）  　２　麻薬中毒又は覚せい剤の中毒  □　なし  □　あり | | | | | | |
|
|
|
|
| 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 | 名　称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 氏　　　　　名 | |  | | | |

＜麻薬及び向精神薬取締法に基づく届出用＞