

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年 令
<p>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☑を付けて下さい。)</p> <p>1. 精神機能の障害 (※)</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>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。）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日		年 月 日	
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所 在 地</p> <p>医師の氏名</p> <p>TEL () —</p>			

(※)毒物劇物取扱責任者の場合は、「明らかに該当なし」の確認のみです。チェックをされない場合は、診断名、既に受けている治療の内容及び現在の状況を記載してください。