

# 診 断 書

氏 名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

記

**1 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な場合において、診断名並びに現に受けている治療の内容及び現在の状況（できるだけ具体的に）

・ 診断名

  

・ 治療内容、現在の状況

**2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒**

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	医療機関の 名称・所在地	〒 - -  TEL - -
	氏 名	