

診 断 書

氏 名			
生 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。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 明らかに該当なし</p> <p>「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、 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）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 なし あり</p>			
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	TEL	
	氏 名		

* 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。