

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
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</p> <p><input type="checkbox"/> 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			
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。