

## 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>精神機能の障害</p> <p>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<br/>(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>_____</p> |                              |     |     |   |   |
| 診断年月日                                                                                                                                           | 年 月 日                        |     |     |   |   |
| 医 師                                                                                                                                             | 病院、診療所又は<br>介護老人保健施設<br>等の名称 |     |     |   |   |
|                                                                                                                                                 | 所 在 地                        | TEL |     |   |   |
|                                                                                                                                                 | 氏 名                          | ,   |     |   |   |

＜医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の  
確保等に関する法律に基づく許可申請・届出用＞