診断書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  氏名 |  |  性別 |  男 |  女**＊　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。 |  |
|  生年月日 |  |  年令 |  |
|  　上記の者について、下記のとおり診断します。 　１　精神障害 　　　精神機能の障害 □　明らかに該当なし 「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） 　２　麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 □　なし □　あり |
|
|
|
|
|  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 |  　　　　　　　 |

＜毒物及び劇物取締法に基づく届出用＞