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＞