

# 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<br/>精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の<br/>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>2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒</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<br>介護老人保健施設<br>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。

< 麻薬及び向精神薬取締法に基づく免許申請・届出用 >