

様式④

# 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>「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、<br/>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>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒</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。

＜毒物及び劇物取締法に基づく届出用＞