

**診 断 書**

(大分県公安委員会提出用)

1	氏 名 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳) 住 所	男・女
2	医学的判断 <input type="radio"/> 病名 ( F )  <input type="radio"/> 総合所見 (現病状、現症状、重症度、治療経過、治療状況等)	
3	現時点での症状 (改善の見込み等) についての意見 (①～③の該当項目にレ点) <input type="checkbox"/> ① アルコール依存症 (国際疾病分類 (ICD-10) における F 10.2 から F 10.9 までに該当する者) について断酒を継続 (最低 6 か月以上) し、かつアルコール使用による精神病性障害や健忘症候群、残遺性障害及び遅発性の精神病性障害 (アルコール幻覚症、認知症、コルサコフ症候群等) のない状態 (最低 6 か月以上) を続け、再飲酒するおそれが高いと認められる。 ※ 断酒継続の期間は、入院その他の理由により本人の意志によらず飲酒できない環境にいた期間については断酒をしている期間として算入しない。  <input type="checkbox"/> ② 上記①とまではいえないが、(該当期間にレ点) <input type="checkbox"/> 6 か月以内 <input type="checkbox"/> 4 か月以内 <input type="checkbox"/> 3 か月以内 <input type="checkbox"/> 2 か月以内 <input type="checkbox"/> 1 か月以内 に上記①と診断できることが見込まれる。  <input type="checkbox"/> ③ 上記①、②のいずれにも該当しない。(6 か月以内に回復する見込みがない。)	
4	その他特記すべき事項	

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所等の名称・所在地

担当診療科名

担当医師名