**診　　断　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | 性別 | 男 | 女 | | ＊各項目の該当する欄（□）に、チェック印（**レ**印）を付けてください。 |
| 生年月日 | |  | | | 年齢 |  | | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  記  　１　精神障害  精神機能の障害  　□　明らかに該当なし　　　□　専門家による判断が必要  　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内　　容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載してください。詳細について　　　　は、別紙でも可。） | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| ２　麻薬中毒又は覚醒剤の中毒  □　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 |  | | | | |

＜麻薬及び向精神薬取締法に基づく申請用＞