診　　断　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生

上記の者は、精神の機能の障害又は麻薬、あへん、大麻若しくは覚醒剤の中毒者でない。

上記のとおり診断する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

病院名

（所在地）

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印