

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 性 別 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 年 齢 \_\_\_\_\_ 歳

- |  |         |
|--|---------|
| 1 統合失調症であるか  | ある ・ ない |
| 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む）であるか   | ある ・ ない |
| 3 てんかん（発作が再発する恐れがないもの、発作が再発しても意識障害がもたらされないもの、及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く）であるか | ある ・ ない |
| 4 その他の自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力がなく、又は著しく低い者（5～8に該当する者を除く。）であるか     | ある ・ ない |
| 5 麻薬中毒者であるか  | ある ・ ない |
| 6 大麻中毒者であるか  | ある ・ ない |
| 7 アヘン中毒者であるか   | ある ・ ない |
| 8 覚醒剤中毒者であるか   | ある ・ ない |

上記のとおり診断いたします

診断年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所在地

病院又は診療所の名称

電話番号

医師氏名

印