

診 断 書

氏 名

生年月日 年 月 日

精神機能の障害（□にチェックを付けること）

- ☐ 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下さい。）

麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒（□にチェックを付けること）。

- ☐ なし
- ☐ あり

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院等の名 称

所在地

医師の氏名

印