診　断　書

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　大正／昭和／平成　　年　　月　　日　　満　　歳

1　統合失調症にかかっていない

2　そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）にかかっていない

3　てんかん（発作が再発するおそれがないもの、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。）にかかっていない

4　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を失わせ、又は著しく低下させる症状を呈する病気（1から3に掲げる病気を除く。）にかかっていない

5　麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者ではない

6　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（1から5に掲げる病気の者、中毒者を除く。）ではない

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

住　所
医療機関名
医師名　　印