診	断	,	書		
	氏	名			
	生年月	目	年	月	日
精神機能の障害(□にチェックを □ 明らかに該当なし □ 専門家による判断が必要	と付けるこ	と)			
専門家による判断が必要な場の内容並びに現在の状況(でき				けている治療	
)
麻薬,大麻,あへん若しくは覚醒 □ なし □ あり	星剤の中毒	(□にチェ	ックを付け	ること)。	
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				