様式３

|  |
| --- |
| **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。　　　　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日 病院等の名　称 　　　　　　　　　　　　　　所在地 　　　　　　　　　　　　医師の氏名 印 |