

記入例		診 断 書	
氏 名	東京 太郎	性 別	男 女
生 年 月 日	昭和 5 2 年 1 0 月 1 日	年 令	3 1 才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害 <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>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。詳細については別紙も可）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日	平成〇年〇月〇日		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称	医療法人〇〇会 〇〇病院	
	所 在 地	東京都〇〇区〇〇 △—△—△ TEL〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇	
	氏 名	〇〇 〇〇 印	

* 各項目について、該当する欄(□)にチェック印(☑)をつけてください。