

診 断 書

住 所			
氏 名			
生年月日	昭和 平成	年	月 日
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>2 精神の機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する</p> <p>該当する場合には、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（詳細については別紙も可）</p>			
診断年月日	令和	年	月 日
診 断 者	医療機関名		
	所在地		
	医師氏名		