

(参考)

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日                      年        月        日生

## 診断事項

- |                       |       |
|-----------------------|-------|
| 1 精神の機能の障害            | あり・なし |
| 2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者 | ある・ない |

以上のとおり診断する。

平成        年        月        日

病院、診療所等の所在地 \_\_\_\_\_

病院、診療所等の名称 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印