

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。

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 □