

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和 ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

年 齢 \_\_\_\_\_ 満 \_\_\_\_\_ 歳 性 別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

- |   |   |         |
|---|---|---------|
| 1 | 統合失調症であるか   | ある ・ ない |
| 2 | そううつ病（そう病及びうつ病を含む）であるか  | ある ・ ない |
| 3 | てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害がもたらされないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く）であるか    | ある ・ ない |
| 4 | 前記1～3に掲げるもののほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力を失わせ、又は著しく低下させる症状を呈する病気であるか | ある ・ ない |
| 5 | 麻薬中毒者であるか   | ある ・ ない |
| 6 | 大麻中毒者であるか   | ある ・ ない |
| 7 | あへん中毒者であるか  | ある ・ ない |
| 8 | 覚せい剤中毒者であるか   | ある ・ ない |
| 9 | 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力がなく、又は著しく低い者であるか（前記1～8号に該当する者を除く）          | ある ・ ない |

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所 在 地

病院又は診療所の名称

電 話 番 号

医 師 氏 名

印