

診 断 書

住所 _____

氏名 _____

年 月 日生

- | | | | |
|---|----|---|----|
| 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 認知症であるか | ある | ・ | ない |
| 4 てんかん（発作の再発するおそれがないもの、発作が発生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発生するものを除く。）であるか | ある | ・ | ない |
| 5 その他の自己の行為の是非を判断し、若しくはその判別に従って行動する能力を失わせ、若しく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 |
| 6 アルコール中毒であるか | ある | ・ | ない |
| 7 麻薬中毒であるか | ある | ・ | ない |
| 8 大麻中毒であるか | ある | ・ | ない |
| 9 あへん中毒であるか | ある | ・ | ない |
| 10 覚せい剤中毒であるか | ある | ・ | ない |

上記のとおり診断します。

平成 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