

診 断 書

氏 名			
生 年 月 日	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 精神の機能の障害</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> あり</p> <p style="margin-left: 40px;">(診断名))</p> <p style="margin-left: 40px;">(現在の治療内容))</p> <p style="margin-left: 40px;">(現在の状況))</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> あり</p>			
診断年月日	年	月	日
医 師	病院、 診療所 等	名 称	
		所 在 地	
		電 話 番 号	
	氏 名		