

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 大正・昭和・平成 _____ 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 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 介護保険法第 5 条の 2 第 1 項に規定する認知症であるか | ある・ない |
| 6 アルコール中毒者であるか | ある・ない |
| 7 麻薬中毒者であるか | ある・ない |
| 8 大麻中毒者であるか | ある・ない |
| 9 あへん中毒者であるか | ある・ない |
| 10 覚せい剤中毒者であるか | ある・ない |

上記のとおり診断いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 精神保健指定医
 精神科、心療内科、神経内科等を標榜し、2年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する医師
 許可を受ける者の心身の状況に診断したことがある医師
 初回受診日 _____ 前回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 在 地 _____

病院または診療所の名称 _____

電 話 番 号 _____

医 師 氏 名 _____

印 _____