

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
<p style="text-align: center;">上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障がい 精神機能の障がい <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="text-align: center;">専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に。）</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
診 断 年 月 日	平成 年 月 日	※詳細については別紙も可		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設等の名称			
	所 在 地			
	氏 名	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>		

*各項目について、該当する欄（）にチェック印（）をつけてください。

【医薬品医療機器法又は毒物及び劇物取締法に基づく申請又は届出用】