診　　断　　書

氏　　名		性　　別	男	女
生 年 月 日		年　　令		

上記の者について、下記のとおり診断します。

1　精神障がい
精神機能の障がい
□　該当なし　　□　専門家による判断が必要

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。）

2　麻薬又は覚せい剤の中毒
□　なし
□　あり

診 断 年 月 日	令和　　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	Tel
	氏　　名	㊞

＊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。

＜麻薬及び向精神薬取締法に基づく免許申請用＞