

# 診 断 書

住 所.....

氏 名.....

生年月日                      年      月      日生

## < 診断事項 >

- |   |                     |       |
|---|---------------------|-------|
| 1 | 精神の機能の障害            | あり・なし |
| 2 | 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者 | ある・ない |

以上のとおり診断する。

年      月      日

病院、診療所等の所在地 .....

病院、診療所等の名称 .....

医師氏名 .....