

診 断 書

住所 _____

氏名 _____ 昭和・平成 年 月 日生

上記の者について、次のとおり診断します。

- | | | | |
|--|----|---|----|
| 1 統合失調病であるかないか | ある | ・ | ない |
| 2 そう鬱病(そう病及び鬱病を含む。)であるかないか | 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。)であるかないか | ある | ・ | ない |
| 4 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(1、2及び3を除く。)であるかないか | ある | ・ | ない |
| 5 介護保険法(平成9年法律第123号)第5条の2第1項に規定する認知症であるかないか | ある | ・ | ない |
| 6 アルコール中毒者であるかないか | ある | ・ | ない |
| 7 麻薬中毒者であるかないか | ある | ・ | ない |
| 8 大麻中毒者であるかないか | ある | ・ | ない |
| 9 あへん中毒者あるかないか | ある | ・ | ない |
| 10 覚醒剤中毒者であるかないか | ある | ・ | ない |

平成 年 月 日

病院等の名称

所在地

電話番号

医師氏名

㊞

- 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
- 過去(診断日 年 月 日)に上記の者の心身の状況について診断したことがある医師

備考 印がある欄については、当該する内にレ点を記入してください。