新ﾊﾝﾄﾞﾌﾞｯｸ：様式例

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男　　女 |
| 生年月日 | M・T・S・H　　　年　　月　　日生 | 年齢 | 　　　　　　歳 |
| 　上記の者について、下記のとおり診断します。　　《各項目について該当する□欄にチェック✔を付してください。（☑）》1. 精神機能の障害
* 明らかに該当なし
* 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記載してください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒
* 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 |
| 　　病院、診療所又は介護老人保健施設等の　　名　称　：　　所在地　：ＴＥＬ（　　　）　　　－　　　　　　　　医師の氏名　：　　　　　　　　　　　　　　　　 |