

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	年 令	才
<p>上記の者について、次のとおり診断します。</p> <p>1 精神の機能の障害</p> <p>無 専門家による判断が必要</p> <p>専門家による判断が必要な場合においては、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（具体的に）</p> <hr/> <hr/>			
<p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒</p> <p>無 有</p>			
診断年月日	年 月 日		
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		

(薬事、毒劇物関係)