診　　　断　　　書

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　　年　　月　　日生

　上記の者について，次のとおり診断します。

１　精神機能

　　精神機能の障害

　　□　該当なし

　　□　専門家による判断が必要

２　麻薬，大麻，あへん又は覚せい剤の中毒

　　□　なし

　　□　あり

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号