

診 断 書

氏 名			性 別	男	女
生 年 月 日			年 令		
上記の者について、下記のとおり診断します。 1 精神障害 精神機能の障害 ☐ 明らかに該当なし 「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、 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 (できるだけ具体的に。詳細については別紙も可) _____ _____ 2 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒 ☐ なし ☐ あり					
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	TEL			
	氏 名				

* 各項目について、該当する欄(□)にチェック印(☑)をつけてください。

<毒物及び劇物取締法に基づく届出用>