　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　： | | | | | |