|  |
| --- |
| **診　　　断　　　書**  氏 　名  生年月日　　　　　　年　　　　月　　　日    精神機能の障害（□にチェックを付けること）  　□　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下さい。  麻薬，大麻，あへん若しくは覚醒剤の中毒（□にチェックを付けること）。  　□　なし   * あり   上記のとおり診断します。  　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  病院等の名　称  　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　医師の氏名 |