**診　　　断　　　書**

　　　　　　　　　　　　　住　　所

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，あへん若しくは覚せい剤の中毒（□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 印