（別紙２）

診 断 書

氏 名 性別

住 所

生年月日 年 月 日 （年令 ）

上記の者について、下記の通り診断します

1. 精神機能

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）

1. 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒

□なし □あり

診断年月日 年 月 日

病院、診療所の名 称

病院、診療所の所在地

医師の氏名 　　 　印