

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 (大正・昭和・平成・西暦)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才 (男・女)

- 1 統合失調症
- 2 そううつ病 (そう病及びうつ病を含む。)
- 3 てんかん (発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害がもたらされないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く。)
- 4 上記1から3に掲げるもののほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力を失わせ、又は著しく低下させる症状を呈する病気
- 5 麻薬中毒者
- 6 大麻中毒者
- 7 あへん中毒者
- 8 覚せい剤中毒者
- 9 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力がなく、又は著しく低い者 (上記1から8に該当する者を除く。)

上記に該当しないことを診断証明する。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院住所 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_