

診 断 書

住 所 -----

氏 名 -----

生年月日 ----- 大正・昭和 ----- 年 ----- 月 ----- 日生まれ -----

- | | |
|---|-------|
| 1 統合失調症であるか | ある・ない |
| 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む）であるか | ある・ない |
| 3 介護保険法第8条第16項に規定する認知症であるか | ある・ない |
| 4 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）であるか | ある・ない |
| 5 その他の自己の行為の是非を判断し、若しくはその判別に従って行動する能力を失わせ、若しくは著しく低下させる症状を呈する病気であるか | ある・ない |
| 6 アルコール中毒であるか | ある・ない |
| 7 麻薬中毒であるか | ある・ない |
| 8 大麻中毒であるか | ある・ない |
| 9 あへん中毒であるか | ある・ない |
| 10 覚せい剤中毒であるか | ある・ない |

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

- 精神保健指定医
 精神科、心療内科、神経内科等を標榜し、2年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する医師

所 在 地

病院または診療所の名称

電 話 番 号

医 師 氏 名