

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

- | | |
|---|-------|
| 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 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 |
| 4 前記1～3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であるか | ある・ない |
| 5 介護保険法に規定する認知症であるか | ある・ない |
| 6 アルコール中毒者であるか | ある・ない |
| 7 麻薬中毒者であるか | ある・ない |
| 8 大麻中毒者であるか | ある・ない |
| 9 あへん中毒者であるか | ある・ない |
| 10 覚せい剤中毒者であるか | ある・ない |

上記のとおり診断いたします。

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
- 許可を受ける者の心身の状況について診断したことがある医師
(初回受診日 _____ 前回の受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

所 在 地 〒101-0021 東京都千代田区外神田6丁目14-2サカイ末広ビル1階・7階
病院又は診療所の名称 雪月花メディカルクリニック秋葉原診療所
電 話 番 号 03-5312-5301
医 師 氏 名 _____ 印