

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

診 断 項 目	チェック欄 (該当する方に)	
	ある	ない
1 統合失調症で	ある	ない
2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む）で	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	ない
4 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	ない
5 介護保険法に規定する認知症で	ある	ない
6 アルコール中毒者で	ある	ない
7 麻薬中毒者で	ある	ない
8 大麻中毒者で	ある	ない
9 あへん中毒者で	ある	ない
10 覚醒剤中毒者で	ある	ない

上記のとおり、相違なきことを診断証明する。

平成 年 月 日

医 師 病院の所在地

病院名

診断した医師の氏名

印