

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者は、

- 1 統合失調症
- 2 そう鬱病（そう病及び鬱病を含む）
- 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を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 1 から 3 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 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 5 条の 2 第 1 項に規定する認知症
- 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
- 7 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（1 から 6 に該当する者を除く）

でないことを診断する。

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

☐ 許可を受けようとする者の心身の状況について診断したことのある医師（かかりつけの医師）

（初回受診日 年 月 日、前回の受診日 年 月 日）

病院所在地

病院名

医師

㊞

（注） □印のある欄については、該当の□内に✓印を付すこと。