

(参考)

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日生

診断事項

- | | |
|-----------------------|-------|
| 1 精神の機能の障害 | あり・なし |
| 2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者 | ある・ない |

以上のとおり診断する。

年 月 日

病院、診療所等の所在地 _____

病院、診療所等の名称 _____

医師氏名 _____ □