診　断　書

住　所

氏　名

年　　月　　日生

上記の者は

□１　統合失調症にかかっている者

□２　そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）にかかっている者

□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。）にかかっている者

□４　１から３までのほか、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にかかっている者

□５　介護保険法（平成９年法律第123号）第５条の２に規定する認知症である者

□６　アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者

□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までに該当する者を除く）

に該当　□　する　□　しない　ことを診断します。

年　　月　　日

□　精神保健指定医

□　精神科、心療内科、神経内科等を標傍し、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）
【 前回診察日：　　】

病院所在地

病院名

医師　　印

備考　□印のある欄については、該当の□内にレ印を付すこと。