

診 断 書

| | | | | |
|---|------------------------------|-----|---|---|
| 氏 名 | | 性 別 | 男 | 女 |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | 年 令 | 才 | |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害 精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> | | | | |
| 診断年月日 | 年 月 日 | | | |
| 医 師 | 病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称 | | | |
| | 所 在 地 | TEL | | |
| | 氏 名 | | | |

* 各項目について、該当する欄（）にチェック印（）をつけてください。

〈医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく許可申請用〉