

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のないもの、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。）にかかっている者
- 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病状を呈する病気にかかっている者（1～3を除く）
- 5 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
- 6 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（1～5の者を除く）

に該当しないことを診断する。

年 月 日

所在地

病院又は診療所の名称

医師の氏名

電話番号