

診 断 書

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、

- 1 統合失調症
- 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）
- 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までのほか、自己の行為の是非を判断し、若しくはその判別に従って行動する能力を失わせ、若しく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までに該当する者を除く。）

に該当 する（該当番号 _____） _____ ことを診断します。

しない

年 _____ 月 _____ 日

所在地

病院名

医 師

㊟

精神保健指定医

精神科、心療内科、神経内科等の精神障害の診断又は治療に従事して2年以上の経験を有する医師

上記の者のかかりつけ医（※本書交付前の直近の診察日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

備考 □印のある欄については、該当する項目に☑印を付してください。