

# 診 断 書

申請者住所

申請者氏名

昭和・平成 年 月 日生

- |  |       |
|--|-------|
| 1 統合失調症であるか  | ある・ない |
| 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）であるか  | ある・ない |
| 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。）であるか        | ある・ない |
| 4 前記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であるか | ある・ない |
| 5 介護保険法に規定する認知症であるか  | ある・ない |
| 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者であるか   | ある・ない |

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

精神保健指定医

精神科、心療内科、神経内科等を標榜し、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

申請者の心身の状況について診断したことがある医師（かかりつけの医師）  
（前回の下記医師による受診日 年 月 日）

所 在 地

病院又は診療所の名称

電 話 番 号

医 師 氏 名

印