

診 断 書

現住所			
氏 名			
生年月日	年 月 日生	年齢	満 歳
<p>上記のものは、</p> <p><input type="checkbox"/> 1 統合失調症</p> <p><input type="checkbox"/> 2 そううつ病(そう病及びうつ病を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 認知症</p> <p><input type="checkbox"/> 5 上記1から4に掲げるもののほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別にしたが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</p> <p><input type="checkbox"/> 6 アルコール依存症、又は麻薬、大麻、あへん、覚せい剤の中毒者</p> <p><input type="checkbox"/> 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(上記1から6に該当する者を除く)</p> <p>に該当 <input type="checkbox"/> する ことを診断します <input type="checkbox"/> しない</p>			
診 断 日	年 月 日		
病院等の所在地			
病院等の名称			
担当医師の氏名	(印)		