診　　　 断 　　　書

　　　　　 　　〈 毒物及び劇物取締法に基づく登録申請用 〉

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | |  | | | 性　別 | 男 | 女 |
| 生 年 月 日 | |  | | | 年　令 |  | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  １ 精神障害  精神機能の障害  □ 明らかに該当なし  「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合ににおいては、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）  ２ 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒  □　な　し  □　あ　り | | | | | | | |
| 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（□）を付けてください。