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。