麻薬中毒者等診断報告書

　年　　　月　　　日

秋田県知事　　　　　　　あて

精神保健指定医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　診療に従事している病院又は

　　　　　　　　　診療所の所在地及び名称

年　　月　　日診察依頼のあった次の者について診察した結果を報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |  |  | | |
| 氏　 名 |  | | 男・女 | 年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 住所 | | |  | | | |
| 診察場所 | | |  | | | |
| 診察日時 | | | 年　　月　　日 年　　月　　日 | | | |
| 時　　分から 時　　分まで | | | |
| 麻薬の施用に起因する | | |  | | | |
| 身体の異常の有無及び | | |  | | | |
| 程度 | | |  | | | |
| 禁断症状の有無 | | |  | | | |
| 及び程度 | | |  | | | |
| 体内麻薬の有無 | | |  | | | |
| 麻薬の施用に起因する | | |  | | | |
| 精神の異常の有無及び | | |  | | | |
| 程度 | | |  | | | |
| 性行の異常の有無 | | |  | | | |
| 及び程度 | | |  | | | |
| 環境の良否 | | |  | | | |
| 受診者意見 | | |  | | | |
| 総合所見  所見 | | |  | | | |
| 麻薬中毒の有無 | | |  | | | |
| 措置入院 | | 要 否 |  | | 期間 | から |
|  | | まで |
| 理 由 |  | | | |
| 立会者氏名 | | |  | | | |
|  | | |  | | | |