

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。