

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	時 分から	年 月 日	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					
麻 薬 中 毒 の 有 無					
措置入院	要 否			期 間	から
	理 由				
立会者氏名					