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

　　　　　　　　　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 |  |
|  |  |