

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 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					