

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

_____ 年 月 日 生

上記の者は、

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| ① 精神分裂病（統合失調症） | 有 | 無 |
| ② そううつ病 | 有 | 無 |
| ③ 介護保険法第5条の2に規定する認知症 | 有 | 無 |
| ④ てんかん | 有 | 無 |
| ⑤ アルコール、麻薬、大麻、あへん
若しくは覚醒剤の中毒者 | 有 | 無 |
| ⑥ 自己の行為の是非を判断できない症状 | 有 | 無 |

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

所 在 地

病（医）院名 _____

診 断 医 師 名 _____