

# 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日 生

上記の者は、

- |   |   |   |
|---|---|---|
| ① 統合失調症   | 有 | 無 |
| ② そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）   | 有 | 無 |
| ③ てんかん（発作が再発するおそれがないもの、<br>発作が再発しても意識障害がもたらされないもの<br>及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く。） | 有 | 無 |
| ④ 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に<br>従って行動する能力を失わせ、又は著しく低下<br>させる症状を呈する病気（①～③を除く。）     | 有 | 無 |
| ⑤ 介護保険法第5条の2に規定する認知症  | 有 | 無 |
| ⑥ アルコール、麻薬、大麻、あへん若しくは<br>覚醒剤の中毒者  | 有 | 無 |
| ⑦ 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に<br>従って行動する能力がなく、又は著しく低い者<br>（①～⑥に該当する場合を除く。）         | 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 \_\_\_\_\_