

診 断 書

氏 名		性別	
生 年 月 日	年 月 日	年齢	

上記の者について、下記のとおり診断します。
(各項目について該当する□欄にチェック☑をつけてください。)

1 精神機能

精神機能の障害

- 明らかに該当なし
 専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況並びに業務への支障の程度（できるだけ具体的に。詳細については別紙も可）

--

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

- なし
 あり

診断年月日	年 月 日	
医 師	病 院 、 診 療 所 又は介護老人保健 施設等の名称	
	所 在 地	TEL
	氏 名	医師