|  |
| --- |
| 診　　　断　　　書  　申請者住所  　申請者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日生  　１　統合失調症であるか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ある・ない  　２　そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）であるか　　　　　　　　ある・ない  　３　てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発し　　　　ある・ない  ても意識障害がもたらされないもの及び発作が睡眠中に限り再  発するものを除く。）であるか  　４　前記１から３までのほか、自己の行為の是非を判別し、又は　　　　ある・ない  その判別に従って行動する能力を失わせ、又は著しく低下させ  る症状を呈する病気にかかっている者であるか  　５　介護保険法に規定する認知症であるか　　　　　　　　　　　　　　ある・ない  　６　アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者であるか　　　ある・ない  上記のとおり診断いたします。  　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　□　精神保健指定医  □　精神科、心療内科、神経内科等を標榜し、２年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する医師  　　　□　申請者の心身の状況について診断したことがある医師（かかりつけの医師）  　　　　　　（前回の下記医師による受診日　　　　　年　　　月　　　日）  所在地  病院又は診療所の名称  電話番号  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　備考　□印のある欄については、該当の□内にレ印を付すこと。