

診 断 書

住 所
氏 名

年 月 日 生

上記の者は、

- 1 統合失調症にかかっている者
- 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）にかかっている者
- 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。）にかかっている者
- 4 1から3までのほか、自己の行為の是非を判別し、又は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
- 5 介護保険法（平成9年法律第123号）第5条の2第1項に規定する認知症である者
- 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
- 7 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力がなく、又は著しく低い者（1から6までに該当する者を除く。）

に該当することを診断します。

（該当する場合のみ1～7の□内にチェックして下さい。）

- 上記1～7のいずれにも該当しないことを診断します。
（1～7のいずれにも該当しない場合はこちらにチェックして下さい。）

年 月 日

- 精神保健指定医
- 本診断書の作成日より前に1回以上、申請者の心身の状況について診断したことがある医師（前回の受診日 年 月 日）

病院所在地
病院名
医師