

# 診 断 書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |     |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|--------|
| 現住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |     |        |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |     |        |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年    月    日生 | 年 齢 | 満    歳 |
| <p>上記のものは、</p> <p><input type="checkbox"/> 1 統合失調症</p> <p><input type="checkbox"/> 2 そううつ病(そう病及びうつ病を含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 認知症</p> <p><input type="checkbox"/> 5 上記1から4に掲げるもののほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別にしたが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</p> <p><input type="checkbox"/> 6 アルコール依存症、又は麻薬、大麻、あへん、覚せい剤の中毒者</p> <p><input type="checkbox"/> 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(上記1から6に該当する者を除く)</p> <p>に該当 <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 3em; line-height: 1;">[</span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> する<br/> <input type="checkbox"/> しない </span> <span style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">ことを診断します</span> </p> |              |     |        |
| 診 断 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 年    月    日  |     |        |
| 病院等の所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |     |        |
| 病院等の名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |     |        |
| 担当医師の氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (印)          |     |        |