

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をもたらさ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、あへん又は覚せい剤の中毒者
  - 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。）
- 上記の 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7 に該当することを診断します。
- 上記の 1～7に該当しないことを診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師

次のいずれかに☑をお願いします。

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医
- 受診する者の精神的又は身体的状況について過去に診断したことがある医師  
（上記の者のかかりつけ医）

備考1：☐印のある欄については、当該の☐内にレ印を付してください。

2：該当する項目がある場合は、1～7の該当する番号に○印を付してください。