

# 診 断 書

住所

氏名

年 月 日生

上記の者は、

- 1 統合失調症
- 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）
- 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。）
- 4 1から3までのほか、自己の行為の是非を判別し、若しくはその判別に従って行動する能力を失わせ、若しくは著しく低下させる症状を呈する病気
- 5 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する認知症
- 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

に該当  する  しない ことを診断します。

年 月 日

病院所在地

病院名

医師

印

- 精神保健指定医
- 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
- かかりつけ医（過去に上記者の精神的又は身体的な状況について診断したことがある医師）  
（初診日 年 月 日 前回受診日 年 月 日）

備考 印のある欄については、該当の□内にレ印を付すること。