

診 断 書

住所
氏名

年 月 日生

上記の者は、

統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）、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。）その他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、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又は
アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

ではないことを診断します。

年 月 日

病院所在地
病院名
医師

上記の診断書を作成された方は、該当する箇所にレ点を付してください。

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（平成25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（※指定番号 _____）
- 精神科、心療内科、神経内科等の精神障害の診断又は治療に従事して2年以上の経験を有する医師
- 診断を受けた者の状況について、当該診断書の作成日より前に1回以上精神的な又は身体的な状況について診断したことがある医師

※初診日若しくは過去に診断した日（診断日 _____ 年 月 日・病名 _____）