

別添

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 そう鬱病（そう病及び鬱病を含む。）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。）

のうち ☐ 番号 に該当する ことを診断します。
☐ 1～7 すべてに該当しない

年 月 日

☐ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 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

☐ 上記に準ずる医師（精神科、心療内科、神経内科等を標ぼうし、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）

☐ 上記の者の心身の状況について診断した経験を有する医師

病院所在地

病 院 名

医師名

印

備考 ☐ 印のある欄については、該当の ☐ 内にレ印を付してください。