

診 断 書

男女どちらか該当するものを
○で囲んでください。

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	年 月 日	年 齡	歳	

上記の者について、下記のとおり診断します。

(各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)

1 精神機能

精神機能の障害

- 明らかに該当なし
- 専門家による判断が必要

「専門家による判断が必要」に該当する場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況を記載すること(できるだけ具体的に。詳細については別紙も可)

2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒

- なし
- あり

診断年月日	年 月 日
-------	-------

医 師	病院、診療所 又は介護老人 保健施設等	名 称	
		所 在 地	
		電話番号	
		氏 名	

麻薬小売業者・麻薬卸売業者で、県内に複数の支店がある場合、継続申請書に添付する診断書は原本一部で、他は写しでもかまいません。

写しは、この部分に原本を提出した①提出日②各市保健所名又は保健福祉事務所名③麻薬業務所名称(薬局名、麻薬卸売業者の場合は営業所名)を記入してください。

<記載例>令和〇年 10 月〇日 〇〇保健福祉事務所提出 〇〇薬局△△店分に原本添付