

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____
T・S・H 年 月 日生

- | | | |
|--|-------|--------|
| 1 統合失調症であると | 認められる | 認められない |
| 2 そう鬱病（そう病及び鬱病を含む。）であると | 認められる | 認められない |
| 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がもたらせないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く。）であると | 認められる | 認められない |
| 4 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であると | 認められる | 認められない |
| 5 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者であると | 認められる | 認められない |

年 月 日

住 所

病院又は診療所の名称

医 師 氏 名