

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

性 別 男 ・ 女

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 視覚機能

目が見えない  該当しない  該当する

2 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

3 麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒

なし

あり

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

・