診　断　書

氏　　名		性　別	男	女
生年月日	昭　和 平　成　　年　　月　　日	年　齢	才	

上記の者について、下記のとおり診断します。

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な場合において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（できるだけ具体的に）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　麻薬、大麻若しくはあへんの中毒

□なし　　□あり

診断年月日	平成　　年　　月　　日	※詳細については別紙も可

医　　師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	
	所　在　地	Tel
	氏　　名	㊞

【注意事項】

※必ずどちらかに☑を記入してください。

※業務を行うにあたり支障がないと判断した場合は、「明らかに該当なし」を選択してください。

なお、既往歴があっても業務を行うにあたり支障がないと判断した場合は「明らかに該当なし」を選択してください。

※本様式は**柔道整復師免許**申請用です。