

# 診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者については、次のとおり診断します。

1 統合失調症	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 経過観察が必要
2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 経過観察が必要
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。）	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 経過観察が必要
4 1から3までのほか、自己の行為の是非を判別し、若しくはその判別に従って行動する能力を失わせ、若しくは著しく低下させる症状を呈する病気	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 経過観察が必要
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	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 経過観察が必要
6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 経過観察が必要

(所見)

年 月 日

病院所在地

病院名

医師

診断書を作成した医師は、

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医
- 精神科、心療内科、神経内科等を標榜し、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
- 受診者の心身の状況について診断したことのある医師（主治医）

である。

備考1 印のある欄については、該当の内にレ印を付して下さい。

2 診断項目の病気等に該当する疑いがある場合は、「経過観察が必要」の内にレ印を付し、「所見」欄にその症状を記載して下さい。