

診 断 書

(福岡県公安委員会提出用)

1	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
	住 所	
2	医学的判断	
	<input type="radio"/> 病名	(F .)
	<input type="radio"/> 総合所見 (現病歴、 <u>現在症</u> 、 <u>重症度</u> 、治療経過、治療状況など)	
	
	
	
	
	
	
	<input type="radio"/> 最終飲酒日	年 月 日
3	現時点での病状 (改善見込み等) についての意見	
	ア アルコール依存症 (国際疾病分類 (ICD-10) におけるF10. 2からF10. 9までに該当する者) について断酒を継続しかつアルコール使用による精神病性障害や健忘症候群、残遺性障害及び遅発性の精神病性障害 (アルコール幻覚症、認知症、コルサコフ症候群等) のない状態を続け、再飲酒するおそれが低いと認められる。(A)	
	イ 「(A)」とまではいえないが、今後 () 年程度であれば症状が再発するおそれはないと認められる。	
	ウ 「(A)」とまではいえないが、今後6ヶ月 (ヶ月) 以内に「(A)」と診断できることが見込まれる。 ※6ヶ月より短い期間で診断できる見込みがある場合は、() 内に1~5の整数を記載してください。	
	エ 上記以外	
4	その他特記すべき事項	

専門医・主治医として以上のとおり診断します。

年 月 日

病 院 所 在 地 (電話番号)

病 院 名 称

担 当 診 療 科 名

担 当 医 氏 名