

診 断 書	
住 所 氏 名 生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日生
診 断 事 項	<input type="checkbox"/> 1 統合失調症 <input type="checkbox"/> 2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。） <input type="checkbox"/> 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"/> 4 1～3までのほか、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 <input type="checkbox"/> 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"/> 6 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 <input type="checkbox"/> 7 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がなく、又は著しく低い者（1～6の該当者を除く。）
所 見	<input type="checkbox"/> 該当しない。 <input type="checkbox"/> 該当する。（具体的に、病名等を記載） 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 所在地 病院（診療所）名 医師 印	

備考 □印のある欄については、該当の□内に✓印を付してください。